

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

#482 JUILLET 2018

45^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
LE PÉRINÉE

MAÏEUTIQUE Escale humanitaire à Dey Sangou - Sénégal

PÉDIATRIE Prévention des complications pulmonaires et cérébrales du nouveau-né

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE **DOSSIER** ● L'anatomie du périnée ● Rééducation périnéale du post-partum: étude comparative entre biofeedback et travail manuel

SANTÉ PUBLIQUE L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail constitue-t-elle une amélioration de la qualité des soins apportés par les sages-femmes?

SCIENCES HUMAINES Dossier thématique Acupuncture - Homéopathie

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES « Rôle aux Urgences du Médecin référent des « Violences Faites aux Femmes »

HISTOIRE L'incroyable vie de Joice Heth, la nourrice de George Washington



Technologie 2-Phase Expression®

Les tire-laits Medela ont une technologie unique qui imite le rythme naturel de succion du bébé avec une phase de stimulation suivie d'une phase d'expression.



Harmony™*



Swing™*



Swing Maxi™*



Freestyle®*



* Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123. Lire attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.

- 02** **ÉDITORIAL**
Les axes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : le rapport attendu du HCE
BENOÎT LE GOEDEC
- 03** **MAÏEUTIQUE**
Escale humanitaire à Dey Sangou - Sénégal
PAULINE-VAIMITI DUFOUR
- 06** **PÉDIATRIE**
Prévention des complications pulmonaires et cérébrales du nouveau-né
BARTHÉLÉMY TOSELLO
- 12** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
DOSSIER LE PÉRINÉE
L'anatomie du périnée
AMARYLLIS COUCHOT
Rééducation périnéale du post-partum : Étude comparative entre biofeedback et travail manuel
AMARYLLIS COUCHOT
- 20** **SANTÉ PUBLIQUE**
L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail constitue-t-elle une amélioration de la qualité des soins apportés par les S-F ?
ALICE BOCOGNANO
- 26** **SCIENCES HUMAINES**
Dossier thématique
Acupuncture - Homéopathie
TEREZA MIKELIC DUTRIEAUX
- 30** **VIOLENCES FAITES AUX FEMMES**
Rôle aux Urgences du Médecin référent des « Violences Faites aux Femmes »
FRÉDÉRIQUE BROISIN-DOUTAZ ET BERNARD MARC
- 33** **HISTOIRE**
L'incroyable vie de Joice Heth, la nourrice de George Washington
JÉRÔME JANICKI
- 36** **KIOSQUE D'ÉTÉ**
- 36** **AGENDA EN BREF**
- 37** **FICHE TECHNIQUE**
Les virus HTLV-1/2
- 38** **ACTUALITÉ**
Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical
Synthèse du rapport HCE
Communiqué de l'Ordre National des Sages-Femmes
- 42** **COMMUNIQUÉS**
- 43** **JURIDIQUE**
- 44** **RECHERCHE**
- 45** **CONGRÈS & FORMATIONS**



LES DO

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
T. 01 42 86 55 65
F. 01 42 60 45 35
agpaedit@eska.fr
<http://www.eska.fr>

Photo de couverture
Fotolia/16741164

2 encarts jetés :

- Journées de Sénologie Interactive Saint-Louis
- 46^{es} Journées Jean Cohen

POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN **PAGE 05.**

LES ANNONCEURS

- | | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| C2 Medela | 19 Allergan | 45 ANSFL | 46 Institut Naissance & Formation |
| C3 Précis de Bactériologie Clinique - Eska | 25 Mybubelly | 46 Association Nationale Natation & Maternité | 47 Médicformation |
| C4 Grandir Nature | 29 Journée Lait maternel | 46 NFERAIDO | 48 Fédération Française des Sociétés d'Homéopathie |
| 13 Matilia | 32 8 ^{es} Rencontres à Deux Mains | | |

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît LE GOEDEC, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

SAGE-FEMME
Christine TALOT, Sage-femme
c.talot@orange.fr

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.fr

ÉDITION

Éditions ESKA
12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebachtchiff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format, mise en page, sont la propriété des Éditions ESKA.

FABRICATION
Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS
adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL
T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.fr

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Adeline MARÉCHAL - T. 01 42 86 55 69
congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Alice BOCOGNANO, Maternité du Centre Hospitalier La Ciotat (13), Formateur Co-Naître®
Dr Frédérique BROISIN-DOUTAZ: PH URGENCES/Hôpital Robert Ballanger. Référente violences faites aux femmes - Aulnay sous Bois (93)

Amaryllis COUCHOT, Sage-femme
Pauline-Vaimiti DUFOUR, Sage-femme
Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des sciences de l'EHESS, Historien de la médecine
Dr Bernard MARC, Chef de service U.M.J. Référent violences faites aux femmes, Grand Hôpital de l'Est Francilien (G.H.E.F.). Site de Marne-la-Vallée (77).

Tereza MIKELIC DUTRIEAUX, Sage-Femme Acupuncteur et Homéopathe, Herblay (95)
Barthélémy TOSELLO, MD, PhD, Service de néonatalogie et soins intensifs, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)
Élodie RAYNAUD

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation de l'éditeur. Ceci recouvre: copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication ainsi que le copyright et les droits d'auteurs sont la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0222 T 81395.
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépôt légal: Juillet 2018

Les axes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : le rapport attendu du HCE

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**

Le 29 juin, le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, saisi par la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, a publié son rapport intitulé « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* ».

Ce rapport était très attendu car il est le résultat d'une enquête approfondie sur le vécu des femmes. Depuis les premières paroles des femmes en 2014 #payetonuterus, les débats vont bon train. Mais, si la polémique n'a cessé d'augmenter, cette dernière année une prise de conscience chez les soignants s'est faite. L'Ordre des Sages-Femmes a été le premier à reconnaître ces faits et à demander cette enquête. Il a accepté, sans fuir, l'audition de Marlène Schiappa. Les médecins, jusqu'à très récemment encore dans la parole publique, nient ou trouvent des excuses fallacieuses aux actes de violences.

« *Les femmes ne sont pas considérées comme des êtres pensants et vivants mais seulement comme des corps* » par le monde médical, explique M^{me} Collet, co-rapporteuse du travail.

« Les femmes ne sont pas considérées comme des êtres pensants et vivants mais seulement comme des corps » par le monde médical, explique M^{me} Collet, co-rapporteuse du travail.

Le premier axe demande au gouvernement de réaliser une grande et première enquête de santé publique dédiée au suivi gynécologique.

Les concepts de bientraitance, le renforcement de la notion de consentement, le dépistage des violences et leur signalement sont aussi des axes importants à développer.

L'ensemble des congrès de sages-femmes, les réseaux de santé périnataux se sont déjà emparés de la question. Mais il reste à la formation initiale de s'attarder de façon importante à enseigner la bientraitance, le soin dans sa dimension éthique, l'engagement politique et citoyen de la responsabilité des sages-femmes, de repenser les Humanités dans la formation médicale.

Il reste aussi aux sages-femmes elles-mêmes de ne pas subir l'agissement sexiste dans leur pratique, voire de la dénoncer. Cet agissement sexiste s'exprime notamment par la domination masculine et médicale dans les services et aliène les compétences des sages-femmes, non pas tant à propos de leur champ de compétences que sur le fait qu'elles soient des femmes. Ainsi, les sages-femmes rejoignent activement la lutte pour l'égalité entre les hommes et les femmes et protégeront en permanence les femmes contre les violences sexistes gynécologiques et obstétricales.

Enfin, que les chambres disciplinaires de nos Conseils de l'Ordre se réfèrent, dans le cas d'une plainte pour violences sexistes gynécologiques et obstétricales, à la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique, et modifient leur procédure en passant directement à la chambre disciplinaire de première instance sans l'étape de réunion de conciliation entre la victime et l'agresseur et condamnent sans réserve les sages-femmes auteures, en cas de plainte justifiée. •

Escale humanitaire à Dey Sangou

SÉNÉGAL

PAR **PAULINE-VAIMITI DUFOUR**, SAGE-FEMME

C'est avec une petite association que j'embarque pour le Sénégal. À Dey Sangou plus précisément, dans la région musulmane de Touba. Je suis sage-femme, et Marie, qui m'accompagne, est puéricultrice. Les objectifs de notre séjour sont multiples : consultations gynécologiques et obstétricales pour moi ; consultations pédiatriques et formation de Saye (une jeune fille du coin) aux soins infirmiers pour Marie.

Nous sommes bien installées dans ce petit village dont le nom signifie « se doucher » : il y a en effet un puits, et donc de l'eau. Nous sommes accueillies par les trois générations de matrones du village : la grand-mère, qui n'exerce plus, sa fille Bayang auprès de qui je passerai le mois de mars, et la petite fille, la relève.



Notre installation est spartiate mais suffisante. Nous possédons le seul robinet du village : la corvée de puisage de l'eau nous est épargnée ! Le baobab nous offre l'unique et faible ombrage de ce désert étouffant.

La « case de santé » se compose d'une enceinte de paille entourant un espace sableux : notre univers pour un mois. Trois huttes de paille sont à notre disposition : une hutte de consultation, une hutte pour nous, et la troisième à la disposition des patients. Spartiate, mais suffisant.

Les journées défilent à toute allure. Bayang est une travailleuse acharnée.



RÉVEIL : 5 H. L'appel à la prière. Avant l'arrivée des patientes, nous devons chasser les chèvres qui trouvent refuge chez nous, nettoyer la hutte (le sable s'insinue partout et tout le temps), remplir un seau d'eau qui chauffera toute la journée au soleil pour les soins.

CHAQUE MATIN COMMENCE PAR « UNE PALABRE » avec Bayang et Saye. Atelier de gynécologie, d'obstétrique ou de pédiatrie, soins de plaie, soins aux nouveau-nés, premiers secours, tout y passe. Si Bayang est la matrone officielle du village – et donc formée par le gouvernement – Saye, elle, a été désignée pour être « l'infirmière » du village, pour son français correct, et non par choix.

Et la longue journée de consultation commence. Nous nous relayons, Marie avec Saye, moi avec Bayang, en fonction des cas rencontrés.



LES PREMIÈRES CONSULTATIONS OBSTÉTRICALES SONT FOLKLORIQUES : les femmes ne parlent pas français, ne connaissent pas leur terme. Dans cette région reculée, les femmes ne voient aucun professionnel de santé.

Après quelques jours, je connais quelques rudiments de Wolof, et Abdulaye, un homme du village, nous aide à communiquer.

LES CONSULTATIONS DE PLANNING FAMILIAL SONT NOMBREUSES : la méthode n° 1 est le collier de perles, qui permet de savoir, selon la couleur des perles, où la femme en est dans son cycle et les périodes de rapports « à risque ».

Les consultations d'infertilité sont également très nombreuses : les femmes infertiles sont persécutées par leur belle-famille et finalement répudiées, leur vie est très difficile.

Les journées sont intenses. La case est officiellement une case mère-enfant, mais comme nous formons Saye aux soins d'urgence, nous acceptons les hommes également : petites plaies, toux, fièvre... Le plus gros de notre activité reste les consultations pédiatriques : fièvre, allaitement, boutons, otites...



NOUS VOYONS ÉGALEMENT BEAUCOUP DE NOURRIS- SONS : bains, pesée, examen clinique, examen de la peau...

Je me souviens de la petite « Mam », 6 mois de vie, 2660 g accrochée à la vie, qui va nous laisser tellement démunies.

Je me souviens de Wady qui vient nous voir tous les jours avec son énorme ventre de femme enceinte et ces tensions élevées, mais rien à faire, les femmes ne vont pas à l'hôpital.



Wady, dont je n'ai aucune idée du terme. Wady, dont je suis persuadée qu'elle est enceinte de jumeaux : une présentation céphalique au toucher vaginal et une tête bien rude, bien calée sous les côtes à la palpation. Comment distinguer deux bruits du cœur au stéthoscope de pinard ?

UN MATIN, CE N'EST PAS L'IMAM QUI ME RÉVEILLE, MAIS BAYANG : Wady va accoucher.

Normalement les femmes accouchent chez elles avec la matrone, mais là, Bayang aime autant que je fasse l'accouchement. Défilent dans ma tête les manœuvres du siège, les ARCF, les pires complications obstétricales des jumeaux, la réanimation néonatale, la conduite à tenir en cas d'HDD, la crise d'éclampsie.



Je me dis que j'aurais bien le temps du travail pour y réfléchir, mais non, sans un bruit, sans un son, Wady est là, son premier bébé à la vulve. Accouchement dans un silence complet, à la lueur d'une bougie. La brutalité de la douleur, l'intensité du moment ne sont visibles que dans les yeux de Wady, qui pousse aussi fort que possible. L'instant est magique.

Le « bébé Mame » est parmi nous. J'attends avec impatience le deuxième, qui ne viendra jamais, qui n'existe pas. Un œuf de poule gobé, et la délivrance se fait, parfaite, complète, facile. Cet accouchement a changé à jamais ma pratique de sage-femme de salle de naissance.

Wady se reposera la matinée chez nous, un matelas à même le sable, et rentrera chez elle pour midi.



Après le premier bain de « bébé Mame », dans le seau d'eau chauffée.

Merci du fond du cœur au Sénégal, aux Sénégalais, pour cette belle étape humanitaire. •





ABONNEMENT 2018

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	43,00 €
D.O.M.	84,00 €	53,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
 Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35

Prévention des complications pulmonaires et cérébrales du nouveau-né

PAR **BARTHÉLÉMY TOSELLO**, MD, PHD, SERVICE DE NÉONATOLOGIE ET SOINS INTENSIFS, ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE (APHM)

La néonatalogie : une discipline récente

Avant la fin du XIX^e siècle, les nouveau-nés et nourrissons étaient grandement ignorés par la médecine. En effet, même si certains médecins les étudiaient déjà, aucune institution ne leur était dédiée et la mortalité était élevée (plus de 23 % des naissances en 1870 aux États-Unis) ⁽¹⁾. À cette période et jusqu'au milieu du XX^e siècle, les soins et la surveillance des nouveau-nés étaient considérés comme le prolongement de la grossesse et donc de la responsabilité de l'obstétricien ⁽²⁾. Ces années virent l'apparition et le développement des couveuses en France, l'instauration d'unités spécialisées sur les soins des nouveau-nés et nourrissons, la description de diverses maladies spécifiques à cette population et l'arrivée des premiers traitements ^(1,3).

Cependant, le début de la néonatalogie moderne ne survint que vers le milieu du XX^e siècle. La société américaine de pédiatrie éditait la première version des standards et recommandations pour les soins hospitaliers du nouveau-né en 1948 et quelques années plus tard, Alexandre Shaffer créa les termes « néonatalogie » et « néonatalogue » dans son ouvrage *Disease of the newborn* en 1960 ^(3,4). Dès lors, un nombre grandissant de pédiatres se consacraient uniquement à la néonatalogie amenant de grandes avancées au niveau technologique comme dans la compréhension de la physiologie et de la physiopathologie du nouveau-né ^(1,4). Ainsi, le développement et la vulgarisation de moyens de surveillance biologique et mécanique, de techniques d'assistance respiratoire (oxygénothérapie, ventilation assistée, pression positive continue) et de nouveaux traitements (corticothérapie anténatale, surfactant exogènes) ont grandement amélioré la survie des enfants prématurés et nouveau-nés en détresse vitale dès les années 1960 ⁽²⁾. Au cours de la deuxième partie du XX^e siècle, le taux de mortalité des prématurés de moins de 1 500 g est passé de 85 % à moins de 15 % ⁽¹⁾.

Épidémiologie

En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières

années. La prématurité est passée de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010 en France ⁽⁵⁾. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA. La moyenne européenne est de 6,2 %, mais reste inférieure à la moyenne mondiale des pays plus développés qui s'élève à 7,5 %. Cette dernière valeur est influencée par le haut taux de naissances prématurées existant en Amérique du nord (10,6 %). Les variations entre pays à haut revenus s'expliquent en partie par des différences socioculturelles (âge des femmes au moment de la conception, etc.) ⁽⁶⁾.

Principales préventions primaires des complications neurologiques et respiratoires liées à la prématurité

La corticothérapie anténatale ou communément appelée « maturation pulmonaire »

L'effet bénéfique pour le poumon fœtal de l'administration anténatale de corticoïdes a été pour la première fois mis en évidence chez la brebis à la fin des années 60 par Liggins ⁽⁷⁾. L'hypothèse fut alors émise que les corticoïdes injectés à la mère pouvaient accélérer l'apparition du surfactant dans le poumon fœtal. Ces travaux expérimentaux conduisirent, trois ans plus tard, en 1972, à la publication du premier essai randomisé évaluant l'intérêt de la bétaméthasone, donnée sous la forme de deux injections de 12 mg à 24 heures d'intervalle, dose directement extrapolée des études chez

Figure 1 ▶ Le classement des naissances prématurées par âge fœtal et par région en 2010

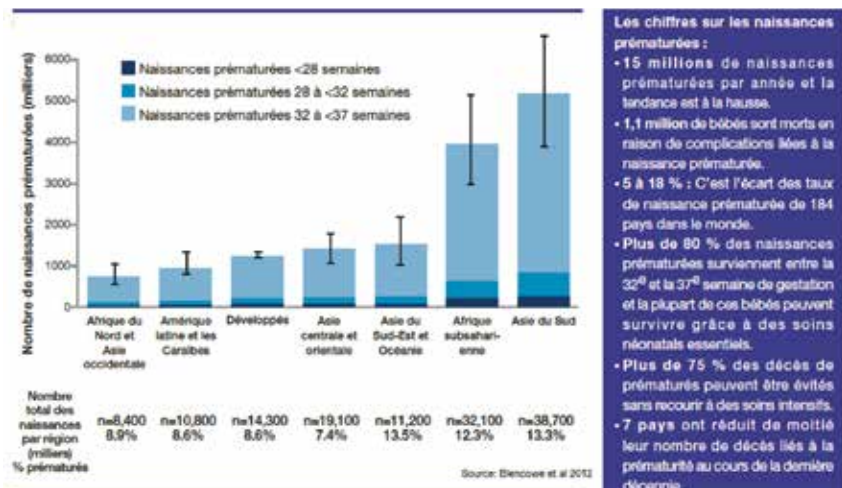


Figure extraite : http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_fr.pdf?ua=1

Tableau 1 ► Incidences des complications neurologiques chez le grand prématuré

(adapté de Larroque B et al, Lancet, 2008; 371 (9615): 813-20)

DÉFICIT	< 33 SA	A terme
Moteur - CP	9 %	0.1 %
Cognitif		
MPC < 70 %	12 %	3 %
MPC 70-84 %	21 %	8 %
MPC > 85 %	67 %	89 %
Sensoriel		
Visuel modéré	2 % (1.4-2.8)	< 0.1 %
Visuel sévère	0.7 % (0.4-1.3)	< 0.1 %
Auditif sévère	0.4 % (0.2-0.9)	< 0.1 %
Handicap	39 %	11 %

CP: Cerebral Palsy - MPC: Mental Processing Composite

la brebis, pour prévenir la maladie des membranes hyalines chez plus de 1 000 fœtus à risque de naissance prématurée⁽⁸⁾. En raison de résultats parfois discordants avec ceux de l'essai princeps, il fallut attendre la méta-analyse de Patricia Crowley en 1995⁽⁹⁾, pour que les bénéfices pulmonaires, neurologiques et digestifs associés à ce traitement soient définitivement acceptés par la communauté scientifique.

C'est finalement au décours d'une conférence de consensus du National Institute of Health reprenant ces résultats que l'ensemble des sociétés savantes recommandèrent que ce traitement soit administré aux patientes à risque d'accouchement prématuré⁽¹⁰⁻¹³⁾. Les bénéfices associés à l'administration d'une cure anténatale de bétaméthasone sont désormais rapportés

par la dernière méta-analyse de la Cochrane Collaboration⁽¹⁴⁾. L'administration anténatale de corticoïdes est associée à une réduction très significative de 40 % des maladies des membranes hyalines (MMH), de 51 % des hémorragies intra-ventriculaires (HIV), de 54 % des entérococolites ulcéro-nécrosantes (EUN) et de 32 % de la mortalité néonatale⁽¹⁴⁾.

À ce jour, en France et en Europe, plus de 85 % des femmes accouchant d'enfant grand prématuré ont été traitées par des corticoïdes anténatals^(15, 16). L'administration anténatale de corticoïdes avant 34 SA reste à ce jour unanimement considérée comme le progrès le plus important réalisé dans la prise en charge anténatale des complications de la prématurité ces cinquante dernières années.

Néanmoins, il a été montré que l'administration anténatale de corticoïdes pouvait être responsable chez les animaux nouveau-nés exposés de :

- déficit de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien^(17, 18),
- anomalies du métabolisme glucidique chez le mouton^(19, 20),
- d'hypertension artérielle chez le mouton⁽²⁰⁾,
- de retard de myélinisation du système nerveux central⁽²¹⁾,
- anomalies de la croissance^(22, 23).

L'extrapolation des résultats de ces études animales à l'espèce humaine est difficile.

► Le sulfate de magnésium anténatal à visée neuroprotectrice

En obstétrique, le sulfate de magnésium (MgSO₄) a été et est toujours utilisé, notamment aux États-Unis, comme agent tocolytique même si plusieurs essais ont démontré son inefficacité sur la prolongation de la grossesse et sur son corollaire, la baisse de la mortalité néonatale. En revanche et sans connaître précisément son mode d'action, il est utilisé dans l'indication de prééclampsie sévère⁽²⁴⁾.

Le rôle neuroprotecteur du MgSO₄ a été démontré par les premières études cliniques observationnelles^(25, 26), par son rôle biologique (anti-inflammatoire et réduction de la production de radicaux libres⁽²⁷⁾) et par les modèles expérimentaux animaux reproduisant une anoxo-ischémie notamment⁽²⁸⁾.

Tableau 2 ► DESIGN DES CINQ ESSAIS RANDOMISÉS

Essais	Femmes (n)	Fœtus (n)	AG d'inclusion	Protocole MgSo4	Follow-up
ActoMgSO4 (30)	1062	1255	< 30 SA	Vs placebo ¹	2 ans*
PreMag (31)	573	688	< 33 SA	Vs placebo ²	2 ans**
Beam (32)	2241	2444	24-31 SA	Vs placebo ³	2 ans*
MagNet (33)	149	165	24-33 SA	Vs placebo ⁴	Non reporté
MagpieTrial (34)	1544	1593	< 34 SA	Vs autre tocolytique ⁵	18 mois***

1. MgSO₄ 4 g sur 20 min suivi par entretien de 1 g/h jusqu'à 24 h ou naissance.

2. MgSO₄ 4 g sur 20 – 30 min une fois.

3. MgSO₄ 6 g sur 20 – 30 min suivi par entretien de 2 g/h.

4. MgSO₄ Bolus de 4 g suivi par entretien de 2 – 3 g/h.

5. Autre tocolytique: ritodrine, terbutaline, nifédipine ou indométhacine.

* évaluation du développement moteur par la GMFC, retard mental par échelle de Bayley II.

** score de développement moteur et cognitif par questionnaire standardisé.

*** évaluation clinique et échelle de Bayley.

■ En 1997, le premier essai ACTOMgSO₄ australien avait prouvé une réduction significative des séquelles neurologiques de type motrices chez les enfants à l'âge de deux ans⁽²⁹⁾. Depuis, cinq essais randomisés ont permis d'asseoir solidement l'efficacité du MgSO₄ anténatal dans la protection du cerveau en développement. Quatre essais ont utilisé le MgSO₄ comme thérapeutique neuroprotectrice du nouveau-né (ActoMgSO₄, PReMag, Beam et MagNet) et le cinquième essai concernait la prévention de l'éclampsie, associant des données sur le devenir néonatal (Magpie Trial) (tableau 1).

■ La méta-analyse de Doyle LW et al en 2009 (6 145 fœtus au total dont 4 446 fœtus issus des quatre essais

avec neuroprotection foetale recherchée) démontre que l'administration anténatale de MgSO₄ aux femmes à risque d'accouchement prématuré réduit significativement le risque de paralysie cérébrale chez leurs enfants (risque relatif IRR 0,69; 95 % intervalle de confiance ICI 0,54 à 0,87; cinq essais; 6145 nourrissons). Le nombre de mères à traiter est de 63 pour prévenir une séquelle neuromotrice grave à type de paralysie cérébrale à 18-24 mois (IC 95 % = 39-172). Cependant les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative concernant le critère de mortalité (IRR 0,69; 95 % ICI 0,80-1,12; cinq essais; 6 145 nourrissons), mais avec une grande hétérogénéité (I₂ = 45 %) entre les études, influencée par l'étude MagNet. Sur le critère combiné mortalité + paralysie cérébrale, le MgSO₄ ne montrait pas de différence significative (RR = 0,94; IC 95 % = 0,78 – 1,12 – 5 essais; 6 145 enfants), différence significative retrouvée en comparant les quatre essais à visée neuroprotectrice (RR = 0,85; IC 95 % = 0,74 – 0,98 – 4 essais; 4 446 enfants).

Les critiques apparentes de cette méta-analyse sont l'hétérogénéité des essais dans le protocole d'administration de MgSO₄ (âge gestationnel, durée, posologie) et dans l'évaluation neurologique à 18-24 mois (clinique, GMFC, questionnaire parental). De plus, les causes d'accouchement prématuré sont multiples et pourraient fausser les bénéfices du MgSO₄. Enfin, deux autres méta-analyses viennent confirmer les précédents résultats ^(35, 36).

Suivi à long terme, à l'âge scolaire, des deux cohortes PreMag et ActoMgSO₄

- Pour l'essai français PreMag ⁽³⁷⁾, la moyenne de suivi est de onze ans (range, 7-14 ans). Environ 70 % de la cohorte initiale a été suivie à long terme soit n = 431 (431 sur 616 survivants dont 10 enfants perdus de vue à 2 ans et 175 enfants à 10 ans). Concernant le critère de jugement composite (mortalité et devenir neurologique), les auteurs ne retrouvent pas de différence significative. Néanmoins, même si non significatif et rien ne peut facilement être expliqué par le hasard, le groupe exposé au MgSO₄ anténatal présente des résultats en faveur d'un bénéfice du MgSO₄.
- Concernant l'essai ActoMgSO₄ ⁽³⁸⁾, les conclusions sont sensiblement comparables avec son homologue français. L'essai ActoMgSO₄ présente les données de 669 des 867 survivants suivis, soit 23 % de perdus de vue. La moyenne de suivi est de 8,4 ans (+/- 1,0). Les auteurs rapportent moins de décès dans le groupe MgSO₄ (14 % contre 17,6 %), différence pouvant être due au hasard (p = 0,08). Cette étude n'apporte aucun bénéfice sur les variables étudiées (neurologique, cognitive, comportementale, croissance...) à l'âge scolaire mais ne fait état d'aucun effet délétère à long terme.

Les résultats à 18-24 mois de l'administration anténatale de MgSO₄ chez les femmes en menace d'accouchement prématuré avant 33 SA permettent une réduction significative des séquelles neuromotrices graves de type paralysie cérébrale, d'après les conclusions des méta-analyses récentes. Individuellement, ni l'étude PreMag ni ActoMgSO₄ ne peuvent rapporter une réduction significative à deux ans

Les résultats à 18-24 mois de l'administration anténatale de MgSO₄ chez les femmes en menace d'accouchement prématuré avant 33 SA permettent une réduction significative des séquelles neuromotrices graves de type paralysie cérébrale.

de paralysie cérébrale. Il est important de noter qu'il n'y a pas d'effet secondaire sévère de l'utilisation du MgSO₄ chez la femme en per-partum. De même, les différents essais ne rapportent pas d'effet délétère significatif chez les enfants du groupe « MgSO₄ » par rapport au groupe contrôle. Ainsi, les effets bénéfiques du MgSO₄ à deux ans ne sont a priori pas contrebalancés par des potentiels effets délétères à long terme. Par contre, nous pouvons être critiques de l'efficacité d'une thérapeutique périnatale sur le devenir neurodéveloppemental des enfants à 10 ans sans tenir compte d'éléments intercurrents pouvant grever ou améliorer le devenir. Rappelons que les termes d'inclusion, les causes de prématurité, les doses et les durées du MgSO₄ sont différents entre les essais, et donc un risque de séquelles neurologiques variables en fonction du contexte périnatal. Le pourcentage de suivi dans chacun des essais peut également être pourvoyeur de biais de sélection. Les commentaires de Doyle et al en réponse à Marret S. dans JAMA développent la nécessité d'une plus large cohorte avec un suivi à long terme pour démontrer les bénéfices escomptés ⁽³⁸⁾.

En conclusion, le MgSO₄ est actuellement utilisé dans plusieurs unités françaises à la lumière de ces données rassurantes sur son efficacité. Le protocole actuellement préconisé est l'administration, en bolus, 4 g de MgSO₄ suivi d'une dose d'entretien de 1 g par heure pendant 12 heures chez les femmes en menace d'accouchement prématuré avant 33 SA ⁽³⁹⁾. Enfin, une collecte des données à l'échelle internationale sur le devenir à long terme des enfants ayant bénéficié du MgSO₄ anténatal est un enjeu majeur pour affirmer l'innocuité de cette thérapeutique et d'en asseoir solidement l'efficacité.

Attendue, la méta-analyse portée par *Antenatal Magnesium IPD International Collaboration: assessing the benefits for babies using the best level of evidence [AMICABLE]* ⁽⁴⁰⁾ a répondu l'an dernier en mettant en évidence une réduction significative du taux de décès et de *cerebral palsy* (RR 0.86, 95 % CI 0.75 to 0.99, 4,448 babies, 4 trials), with no significant heterogeneity (p = 0.28)). Le nombre nécessaire de femme/nouveau-né à traiter était de 41 pour prévenir un décès ou une *cerebral palsy* ⁽⁴¹⁾.

Le clampage tardif et milking du cordon

Le clampage retardé du cordon fait aujourd'hui partie des recommandations de la Cochrane ⁽⁴²⁾ et de l'American College of Gynecology Obstetrics depuis 2012 ⁽⁴³⁾ dans la prise en charge du nouveau-né prématuré. En comparaison au clampage immédiat du cordon, cette transfusion de 10 à 30 ml/kg augmente de manière significative le taux d'hémoglobine et l'hématocrite initiaux (3.26 [1.79, 4.74]), l'hémodynamique précoce (inotropes pour tension artérielle

basse, 0.42 [0.23, 0.77]) et diminue les taux d'hémorragie intraventriculaire (0.59 [0.41, 0.85]), de transfusion postnatale (0.61 [0.46, 0.81]) et d'entérocolite ulcéro-nécrosante (mais intervalle de confiance large, 0.62 [0.43, 0.90]) et n'a pas d'effet sur la prise en charge chirurgicale des ECUN^(42, 44).

Dans sa méta-analyse, Rabe et al⁽⁴²⁾ ne retrouve pas de diminution significative du taux d'hémorragie intra-ventriculaire sévère (0.68 [0.23, 1.96]), de leucomalacie péri-ventriculaire (1.02 [0.19, 5.56]) et de la mortalité globale (0.63 [0.31, 1.28]). Une seconde méta-analyse de Backes⁽⁴⁵⁾ reposant sur 369 articles de 1965 à 2013 retrouve des résultats similaires (sauf en termes de survie globale qui est significativement meilleure), confirmant le caractère indispensable de la procédure de clampage retardé⁽⁴⁶⁾.

Le clampage retardé est également associé à un pic de bilirubine plus élevé (15.01 [5.62, 24.40]) dans les différentes études mais sans majoration significative du recours à la photothérapie (1.21 [0.94, 1.55]).

À long terme, cette transfusion initiale qui prévient l'anémie du prématuré, renforce également son capital ferrique à six semaines⁽⁴⁷⁾. Cette augmentation des réserves en fer a déjà été prouvée chez le nouveau-né à terme, notamment par Andersson et al. Cet auteur a rapporté, à 4 mois de suivi, un taux de ferritine et de fer significativement plus élevés dans le groupe clampage retardé (respectivement 117 g/L vs 81 g/L, $P < 0.001$ et 1 (0.6 %) v 10 (5.7 %), $P = 0.01$, RR réduction 0.90; nombre nécessaire à traiter = 20 (17 to 67))⁽⁴⁸⁾. De plus, le suivi neuro-développemental à quatre ans de cette cohorte suédoise de 263 enfants apporte des bénéfices manifestes sur le devenir, notamment dans les domaines de la motricité fine et la sociabilité et en particulier chez le garçon⁽⁴⁹⁾. Chez le nouveau-né prématuré, à 18-22 mois, le clampage retardé était protecteur pour le score moteur < 85 du Bayley Scales of Infant Development, 3^e Édition (OR 0.32, 95 % CI 0.10-0.90, $P = 0.03$)⁽⁵⁰⁾. En comparant le clampage retardé du cordon au milking, Rabe et al rapporte une absence de différence significative sur le score de Bayley à deux et trois ans. Néanmoins dans cette étude, à trois ans, les scores moteur et du langage des filles sont significativement plus élevés que les garçons⁽⁵⁰⁾.

Enfin, le passage de cellules de l'immunité lors de la transfusion et leurs potentiels effets sur l'immunité et la neuro-protection proposés par certains auteurs sont encore peu étudiés⁽⁵¹⁾.

Ainsi, un délai avant clampage de 30 secondes à 1 minute est recommandé sur la base des différentes méta-analyses. Plusieurs études se sont intéressées au fait de prolonger la durée avant clampage au-delà de 2 minutes montrant une amélioration proportionnelle à ce délai des constantes hémodynamiques, notamment une augmentation du débit de la veine cave supérieure (un débit faible à la naissance semble être un facteur de risque de trouble neurodéveloppemental futur)⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

La principale difficulté de la mise en place du clampage retardé en salle de naissance est le besoin de réanimation notamment chez le nouveau-né prématuré. D'autres stratégies se sont alors développées comme le milking.

Le milking ou traite du cordon, émerge d'une volonté et d'une nécessité de réanimer plus efficacement les nouveau-

La différence notable entre le clampage retardé et le milking est le transfert actif et dans un délai plus court d'un volume sanguin supplémentaire par la technique de milking.

nés, notamment prématurés⁽⁵⁵⁾. Cette technique se définit, selon une revue Cochrane de 2012⁽⁴²⁾ comme la traite du cordon vers l'ombilic sur 20 cm, en 2 secondes, 2 à 5 fois avant clampage. En alternative, la traite du cordon après clampage rapide, à une distance éloignée, mais variable, de l'ombilic est une variante de la procédure⁽⁵⁶⁾.

La différence notable entre le clampage retardé et le milking est le transfert actif et dans un délai plus court d'un volume sanguin supplémentaire par la technique de milking⁽⁵⁷⁾. La technique optimale de ce geste reste encore à préciser. De plus, peu d'études se sont intéressées à la quantité de sang transfusé lors du geste de milking. Hosono et al ont estimé qu'une longueur de 30 cm de cordon ombilical contenait 17.5 +/- 5.5 (8.9 à 29 ml)/kg de sang résiduel chez le nouveau-né prématuré⁽⁵⁸⁾. Cependant il existe une différence de volume transfusé entre la technique de milking avant et après clampage. Après le clampage, le volume transfusé correspond au volume résiduel dans le segment restant du cordon ombilical. Avant clampage, le volume transfusé par les traites répétées s'additionne-t-il à un volume supplémentaire lié au remplissage des vaisseaux ombilicaux et dépendant des contractions utérines ?

De plus, une étude rétrospective a comparé la traite après clampage vs. plusieurs traites avant clampage, les auteurs ne montraient pas de différence entre les deux techniques notamment sur le taux de transfusion du nouveau-né pendant l'hospitalisation et sur les taux de morbidité liés à la prématurité⁽⁵⁹⁾.

La première étude randomisée et contrôlée est l'étude d'Hosono⁽²⁰⁾ consistant à effectuer trois traites de deux à trois secondes dans un intervalle inférieur à 30 secondes avant clampage du cordon; l'auteur conclut à une technique simple non coûteuse et aux bénéfices comparables au clampage retardé^(44, 46, 52). Depuis, plusieurs études randomisées contrôlées et méta-analyses se sont intéressées à son influence chez le prématuré à court et à long terme⁽⁵⁵⁾.

De façon précoce, la traite du cordon améliore l'hémodynamique du nouveau-né avec une majoration du flux de la veine cave supérieure⁽⁵⁶⁾, une meilleure hémoglobine initiale, une tension artérielle systolique et diastolique supérieure ainsi qu'une diurèse meilleure pendant les 24 premières heures de vie⁽⁶⁰⁾. Le flux dans la veine cave supérieure apparaît être un marqueur important de l'adaptation; en revanche, il n'est pas retrouvé d'amélioration de l'oxygénation cérébrale (NIRS)⁽⁶¹⁾. Sur le moyen terme, le taux de transfusion comparée au clampage immédiat du cordon est moindre sans pour autant constater de majoration des effets indésirables (photothérapie)^(59, 62, 63). À long terme, les méta-analyses sont en faveur d'une diminution du taux de dysplasie broncho-pulmonaire à 36 semaines d'aménorrhée⁽⁵⁷⁾, d'une diminution des hémorragies intraventriculaires tous stades confondus

et d'une diminution de la mortalité en comparaison au clampage immédiat du cordon^(57, 64, 65). Le milking est une technique simple dont l'efficacité semble comparable au clampage retardé du cordon. Une étude s'est intéressée à l'intérêt de combiner le clampage retardé au milking, mais elle ne retrouve pas d'avantage supplémentaire par rapport à un clampage retardé bien réalisé⁽⁶⁶⁾. Une alternative à la technique du milking, qui est jusque-là un geste réalisé par les obstétriciens ou les sages-femmes, a été proposée sous forme d'un clampage immédiat à 30 cm de la base du cordon puis la traite de celui-ci par le néonatalogiste au cours de la prise en charge de l'enfant en salle de naissance⁽⁵⁷⁾. Les bénéfices semblent similaires sur le devenir à court et long terme et cette technique semble adaptée en cas de difficultés obstétricales ou de besoin rapide de réanimation⁽⁶⁷⁾.

Les premières études concernant le devenir neuro-développemental regroupent des résultats contradictoires liés notamment à des biais de populations et de perdus de vue. Il n'y a pas de différence significative par rapport au clampage retardé sur le plan cognitif, moteur et du langage jusqu'à 3,5 ans, néanmoins pour les filles des domaines explorés par les tests neuro-développementaux (moteur et langage) sont en faveur du milking⁽⁶⁸⁾.

La fin d'année 2017 a été marquée par la publication dans *The New England Journal of Medicine* de l'étude randomisée contrôlée du Australian Placental Transfusion Study Collaborative Group incluant 25 centres de 7 pays différents (1 566 nouveau-nés < 30 SA randomisés et évalués). Les auteurs ont montré dans le groupe clampage tardif une non-réduction de leur critère composite (taux de morbi-mortalité

Le bénéfice de la transfusion placentaire n'est plus à démontrer chez le nouveau-né prématuré : amélioration de l'hémodynamique néonatale, diminution des besoins transfusionnels et des taux de complications neurologiques.

à 36 SA d'âge corrigé) malgré une diminution significative de la mortalité à 36 SA ($p = 0.03$; mais non significative après ajustement)⁽⁶⁹⁾. De façon contemporaine, les mêmes auteurs ont publié une méta-analyse en début d'année 2018 comprenant 2834 nouveau-nés de moins de 37 SA issus de 18 RCT (y compris APTS study⁽⁶⁹⁾)⁽⁷⁰⁾. Le clampage retardé d'au moins 60 secondes a réduit le risque relatif de mortalité avant la sortie de l'hôpital de 32 % ($p = 0.006$) et d'être transfusé durant le séjour de 19 % ($p < 0.001$).

Ainsi, le bénéfice de la transfusion placentaire n'est plus à démontrer chez le nouveau-né prématuré : amélioration de l'hémodynamique néonatale, diminution des besoins transfusionnels et des taux de complications neurologiques (hémorragie intraventriculaire).

L'amélioration de l'adaptation initiale du nouveau-né contribue à la diminution du temps de l'hospitalisation et donc à en diminuer les complications et le coût financier. •

Texte présenté aux Assises de Sages-femmes 2018, Marseille.

Avec leur aimable autorisation.

RÉFÉRENCES

- Lusky RC. *A century of neonatal medicine*. Minn Med. 1999; 82 (12): 48-54.
- Salle BL, Vert P. *Chronique historique néonatalogie : passé et présent*. Bull Acad Natl Med. 2013; 197 (6): 1231-1242.
- Neonatology on the Web. *Timeline of Neonatology*. Neonatology.org. <http://www.neonatology.org/history/timeline.html>. Published 2015. Accessed October 11, 2016. 80.
- Philip AGS. *The evolution of neonatology*. Pediatr Res. 2005; 58 (4): 799-815.
- Ancel PY, Goffinet F; EPIPAGE-2 Writing Group. *Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study*. JAMA Pediatr. 2015; 169 (3): 230-8.
- Beck S, Wojdyla D, Say L, et al. *The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity*. Bull World Health Organ. 2010; 88 (1): 31-38.
- Liggins GC. *Premature delivery of foetal lambs infused with glucocorticoids*. J Endocrinol 1969; 45: 515-23.
- Liggins GC & Higgins RN. *A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants*. Pediatrics 1972; 50: 515-25.
- Crowley PA. *Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials, 1972 to 1994*. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 322-35.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes*. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 246-52.
- ACOG committee opinion. *Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation*. Number 147; December 1994. Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet 1995; 48: 340-2.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Antenatal corticosteroid to reduce neonatal morbidity and mortality*. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_7.pdf
- Senat MV. *Corticosteroid for fetal lung maturation: indication and treatment protocols*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 5S105-13.
- Roberts D & Dalziel S. *Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth*. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3: CD004454.
- Serenius F, et al. *Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden*. JAMA 2013; 309: 1810-20.
- Ancel PY, et al. *Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks' Gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 Cohort Study*. JAMA Pediatr 2015; 169: 230-8.
- Dunn E, Kapoor A, Leen J, Matthews SG. *Prenatal synthetic glucocorticoid exposure alters hypothalamic-pituitary-adrenal regulation and pregnancy outcomes in mature female guinea pigs*. J Physiol 2010; 588: 887-99.
- Hauser J, Dettling-Artho A, Pilloud S, Maier C, Knapman A, Feldon J, et al. *Effects of prenatal dexamethasone treatment on postnatal physical, endocrine, and social development in the common marmoset monkey*. Endocrinology 2007; 148: 1813-22.
- Moss TJ, Dettling-Artho A, Pilloud S, Maier C, Knapman A, Feldon J, et al. *Programming effects in sheep of prenatal growth restriction and glucocorticoid exposure*. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2001; 281: R960-70.
- Gwathmey TM, Shaltout HA, Rose JC, Diz DI, Chappell MC. *Glucocorticoid-induced fetal programming alters the functional complement of angiotensin receptor subtypes within the kidney*. Hypertension 2011; 57: 620-6.
- Antonow-Schlörke I, Helgert A, Gey C, Coksaygan T, Schubert H, Nathanielsz PW, et al. *Adverse effects of antenatal glucocorticoids on cerebral myelination in sheep*. Obstet Gynecol 2009; 113: 142-51.
- Jensen EC, Gallaher BW, Breier BH, Harding JE. *The effect of a chronic maternal cortisol infusion on the late gestation fetal sheep*. J Endocrinol 2002; 174: 27-36.
- Long NM, Shasa DR, Ford SP, Nathanielsz PW. *Growth and insulin dynamics in two generations of female offspring of mothers receiving a single course of synthetic glucocorticoids*. Am J Obstet Gynecol 2012; 207: 203.e1-8.
- Mercer BM, Merlino AA, *For the Society for Maternal-fetal Medicine*. Magnesium sulfate for pre-term labor and pre-term birth. Obstet Gynecol 2009; 114: 650-68.

25. Nelson KB, Grether JK. *Can magnesium sulphate reduce the risk of cerebral palsy in very low birth weight infants?* Pediatrics 1995; 95: 263-9.
26. Grether JK, Hoogstrate J, Selvin S, et al. *Magnesium sulfate tocolysis and risk of neonatal death.* Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1-6.
27. Lin CY, Tsai PS, Hung YC, Huang CJ. *L-type calcium channels are involved in mediating the anti-inflammatory effects of magnesium sulphate.* Br J Anaesth 2010; 104 (1): 44-51.
28. Marret S, Doyle LW, Crowther CA, Middleton P. *Antenatal magnesium sulphate neuroprotection in the preterm infant.* Semin fetal Neonatal Med 2007; 12: 311-7.
29. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW, Haslam RR, for the Australasian Collaborative Trial of Magnesium Sulphate Collaborative Group (ACTOMgSO4). *Effect of magnesium sulphate given for neuroprotection before preterm birth: a randomised controlled trial.* JAMA 2003; 290: 2669-76.
30. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW, Haslam RR. *Effect of magnesium sulfate given for neuroprotection before preterm birth: a randomized controlled trial.* JAMA 2003; 290 (20): 2669-76.
31. Marret S, Marpeau L, Zupan-Simunek V, Eurin D, Leveque C, Hellot MF, et al. *Magnesium sulphate given before very-preterm birth to protect infant brain: the randomised controlled PREMAG trial*.* BJOG 2007; 114 (3): 310-8.
32. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, Varner MW, Spong CY, Mercer BM, et al. *A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy.* N Engl J Med 2008; 359 (9): 895-905.
33. Mittendorf R, Dambrosia J, Pryde PG, Lee KS, Gianopoulos JG, Besinger RE, et al. *Association between the use of antenatal magnesium sulfate in preterm labor and adverse health outcomes in infants.* Am J Obstet Gynecol 2002; 186 (6): 1111-8.
34. The Magpie Trial Collaborative Group. *Do women with preeclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial.* Lancet 2002; 359: 1877-90.
35. Conde-Agudelo A, Romero R. *Antenatal magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy in pre-term infants less than 34 weeks' gestation: a systematic review and meta-analysis.* Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 595-609.
36. Costantine MM, Weiner SJ, for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Effects of Antenatal Exposure to Magnesium Sulfate on Neuroprotection and Mortality in Preterm Infants: A Meta-analysis.* Obstet Gynecol 2009; 114: 354-64.
37. Marret S, Bénichou J. *Antenatal magnesium sulfate and outcomes for school-aged children.* JAMA. 2015 Jan 20; 313 (3): 306.
38. Doyle LW, Anderson PJ, Lee KJ. *Antenatal magnesium sulfate and outcomes for school-aged children--reply.* JAMA. 2015; 313 (3): 306-7.
39. Marret S. *Magnesium sulphate: an improvement in the field of preterm infant neuroprotection.* Gynecol Obstet Fertil. 2010 Feb; 38 (2): 81-2.
40. AMICABLE Group. *Antenatal magnesium individual participant data international collaboration: assessing the benefits for babies using the best level of evidence (AMICABLE).* Syst Rev. 2012 mars 21; 1: 21.
41. Crowther CA, Middleton PF, Voysey M, Askie L, Duley L, Pryde PG, Marret S, Doyle LW; AMICABLE Group. *Assessing the neuroprotective benefits for babies of antenatal magnesium sulphate: An individual participant data meta-analysis.* PLoS Med. 2017; 14 (10): e1002398.
42. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. *Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes.* Cochrane Database Syst Rev 2012 15; 8: CD003248.
43. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Committee Opinion No.543: Timing of umbilical cord clamping after birth.* Obstet Gynecol 2012; 120: 1522-6.
44. Elimian A, Goodman J, Escobedo M, Nightingale L, Knudtson E, Williams M. *Immediate compared with delayed cord clamping in the preterm neonate: a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 2014; 124: 1075-9.
45. Backes CH, Rivera BK, Haque U, Bridge JA, Smith CV, Hutcheon DJ et al. *Placental transfusion strategies in very preterm neonates: a systematic review and meta-analysis.* Obstet Gynecol 2014; 124: 47-56.
46. Backes CH, Rivera B, Haque U, Copeland K, Hutcheon D, Smith CV. *Placental transfusion strategies in extremely preterm infants: the next piece of the puzzle.* J Neonatal-Perinat Med 2014; 7: 257-67.
47. Yadav AK, Upadhyay A, Gothwal S, Dubey K, Mandal U, Yadav CP. *Comparison of three types of intervention to enhance placental redistribution in term newborns: randomized control trial.* J Perinatol 2015; 35: 720-4.
48. Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. *Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial.* BMJ 2011; 343: d7157.
49. Mercer JS, Vohr BR, Erickson-Owens DA, Padbury JF, Oh W. *Seven-month developmental outcomes of very low birth weight infants enrolled in a randomized controlled trial of delayed versus immediate cord clamping.* J Perinatol 2010; 30: 11-6.
50. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Vohr BR, Tucker RJ, Parker AB, Oh W et al. *Effects of Placental Transfusion on Neonatal and 18 Month Outcomes in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial.* J Pediatr 2016; 168: 50-5.
51. Kilicdag H, Gulcan H, Hanta D, Torer B, Gokmen Z, Ozdemir SI et al. *Is umbilical cord milking always an advantage? J Matern-Fetal Neonatal Med 2016; 29: 615-8.*
52. Katheria AC, Leone TA, Woelkers D, Garey DM, Rich W, Finer NN. *The effects of umbilical cord milking on hemodynamics and neonatal outcomes in premature neonates.* J Pediatr 2014; 164: 1045-50.
53. Hunt RW, Evans N, Rieger I, Kluckow M. *Low superior vena cava flow and neurodevelopment at 3 years in very preterm infants.* J Pediatr. 2004; 145: 588-92.
54. Osborn DA, Evans N, Kluckow M, Bowen JR, Rieger I. *Low superior vena cava flow and effect of inotropes on neurodevelopment to 3 years in preterm infants.* Pediatrics. 2007; 120: 372-80.
55. Katheria A, Rich W, Finer N. *Optimizing Care of the Preterm Infant Starting in the Delivery Room.* Am J Perinatol 2016; 33: 297-304.
56. Hosono S, Mugishima H, Takahashi S, Takahashi S, Masaoka N, Yamamoto T et al. *One-time umbilical cord milking after cord cutting has same effectiveness as multiple-time umbilical cord milking in infants born at < 29 weeks of gestation: a retrospective study.* J Perinatol 2015; 35: 590-4.
57. Al-Wassia H, Shah PS. *Efficacy and safety of umbilical cord milking at birth: a systematic review and meta-analysis.* JAMA Pediatr 2015; 169: 18-25.
58. Hosono S, Hine K, Nagano N, Taguchi Y, Yoshikawa K, Okada T et al. *Residual blood volume in the umbilical cord of extremely premature infants.* Pediatr Int 2015; 57: 68-71.
59. Hosono S, Mugishima H, Takahashi S, Takahashi S, Masaoka N, Yamamoto T, Tamura M. *One-time umbilical cord milking after cord cutting has same effectiveness as multiple-time umbilical cord milking in infants born at < 29 weeks of gestation: a retrospective study.* J Perinatol. 2015; 35: 590-4.
60. Hosono S, Mugishima H, Fujita H, Hosono A, Okada T, Takahashi S et al. *Blood pressure and urine output during the first 120 h of life in infants born at less than 29 weeks' gestation related to umbilical cord milking.* Arch Dis Child Fetal Neonatal 2009; 94: 328-31.
61. Takami T, Suganami Y, Sunohara D, Kondo A, Mizukaki N, Fujioka T et al. *Umbilical cord milking stabilizes cerebral oxygenation and perfusion in infants born before 29 weeks of gestation.* J Pediatr 2012; 161: 742-7.
62. Alan S, Arsan S, Okulu E, Akin IM, Kilic A, Taskin S et al. *Effects of umbilical cord milking on the need for packed red blood cell transfusions and early neonatal hemodynamic adaptation in preterm infants born ≤ 1500 g: a prospective, randomized, controlled trial.* J Pediatr Hematol Oncol 2014; 36: 493-8.
63. Dang D, Zhang C, Shi S, Mu X, Lv X, Wu H. *Umbilical cord milking reduces need for red cell transfusions and improves neonatal adaptation in preterm infants: Meta-analysis.* J Obstet Gynaecol Res 2015; 41: 890-5.
64. March MI, Hacker MR, Parson AW, Modest AM, de Veciana M. *The effects of umbilical cord milking in extremely preterm infants: a randomized controlled trial.* J Perinatol 2013; 33: 763-7.
65. Patel S, Clark EAS, Rodriguez CE, Metz TD, Abbaszadeh M, Yoder BA. *Effect of umbilical cord milking on morbidity and survival in extremely low gestational age neonates.* Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 519.e1-7.
66. Krueger MS, Eyal FG, Peevy KJ, Hamm CR, Whitehurst RM, Lewis DF. *Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates.* Am J Obstet Gynecol 2015; 212: 394.e1-5.
67. Jelin AC, Kuppermann M, Erickson K, Clyman R, Schulkin J. *Obstetricians' attitudes and beliefs regarding umbilical cord clamping.* J Matern-Fetal Neonatal Med 2014; 27: 1457-61.
68. Rabe H, Sawyer A, Amess P, Ayers S, Brighton Perinatal Study Group. *Neurodevelopmental Outcomes at 2 and 3.5 Years for Very Preterm Babies Enrolled in a Randomized Trial of Milking the Umbilical Cord versus Delayed Cord Clamping.* Neonatology 2016; 109: 113-9.
69. Tarnow-Mordi W, Morris J, Kirby A, Robledo K, Askie L, Brown R, et al. *Delayed versus Immediate Cord Clamping in Preterm Infants.* N Engl J Med. 2017; 377 (25): 2445-2455.
70. Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, Simes J, Tarnow-Mordi W. *Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis.* Am J Obstet Gynecol. 2018; 218 (1): 1-18.

L'anatomie du périnée

PAR **AMARYLLIS COUCHOT**, SAGE-FEMME

RAPPELS ANATOMIQUES SUR LE PÉRINÉE

Le terme « périnée » désigne l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne en sa partie basse ^[1, 2, 3]. Celui-ci représente une région en forme de losange dont les sommets sont symbolisés par :

- en haut: la symphyse pubienne,
- en arrière: le coccyx,
- latéralement: les tubérosités ischiatiques.

La ligne transverse passant par les deux tubérosités ischiatiques délimite deux zones :

- **en avant**, le périnée antérieur comprenant la région urogénitale avec les organes génitaux externes féminins, l'ostium externe de l'urètre en avant avec les glandes de Skène de chaque côté, le vagin en arrière dont l'orifice inférieur est partiellement obturé par l'hymen chez la femme vierge, les glandes de Bartholin (ou glandes vestibulaires majeures) au tiers moyen inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres.
- **en arrière**, le périnée postérieur (la région anale) comprenant le canal anal.

Les aponévroses et les différents muscles du périnée s'organisent en trois plans: un plan superficiel, un plan moyen, un plan profond appelé diaphragme pelvien.

LE PLAN SUPERFICIEL

Il se compose de quatre muscles au niveau du périnée antérieur :

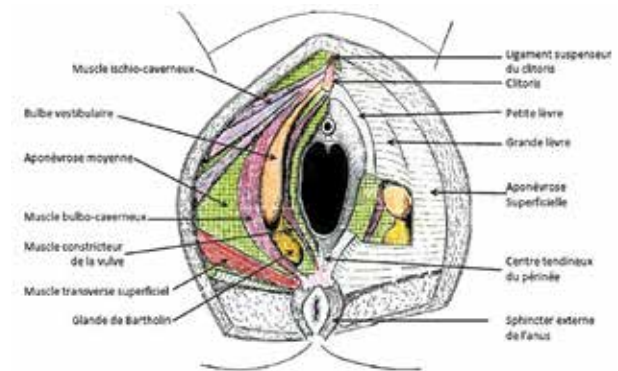
- **LE MUSCLE ISCHIO-CAVERNEUX**. C'est un muscle pair et symétrique. Il s'insère sur la branche ischio-pubienne ascendante et au niveau de la racine du corps caverneux. Il se divise en deux faisceaux qui enveloppent le corps caverneux. Ces deux faisceaux se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant ainsi les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux.
- **LE BULBO-CAVERNEUX**. C'est un muscle pair et symétrique qui recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande de Bartholin. La partie large s'insère en arrière sur le centre tendineux du périnée et la partie avant plus étroite s'insère en avant au niveau du clitoris et se divise en deux faisceaux: le faisceau supérieur se fixe sur le ligament suspenseur du clitoris et le faisceau profond s'insère sur la face dorsale du clitoris. Certaines fibres musculaires se prolongent avec celles du côté opposé et forment ainsi la sangle musculaire du clitoris ou muscle de Houston.
- **LE MUSCLE TRANSVERSE SUPERFICIEL**. C'est un muscle pair et superficiel. Il s'insère de la face interne de la branche ischio-pubienne et termine sur le centre tendineux du périnée.
- **LE MUSCLE CONSTRICTEUR DE LA VULVE** qui se situe en dedans du muscle bulbo-caverneux et de la glande de Bartholin. Il trouve son origine en arrière du centre tendineux du périnée et se termine dans l'espace uréthro-vaginal.

Au niveau du périnée postérieur, on trouve :

- le sphincter externe de l'anus est constitué de deux arcs qui se réunissent en avant et en arrière, formant un manchon musculaire qui entoure le canal anal. Il est composé de trois sphincters : profond, moyen et superficiel.
- la partie antérieure de l'aponévrose superficielle du périnée.

SCHÉMA 1 > Le périnée superficiel

Source: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone; 2011 décembre: 9



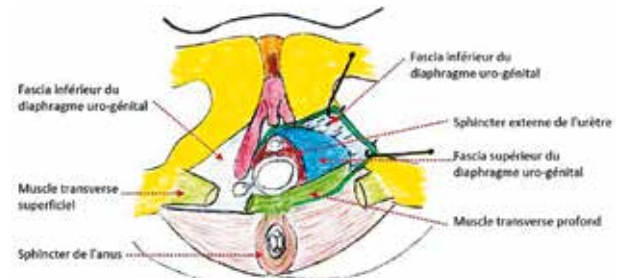
LE PLAN MOYEN

Il est séparé du plan précédent par l'aponévrose périnéale moyenne et se compose de deux muscles :

- **LE MUSCLE TRANSVERSE PROFOND**. C'est un muscle pair, symétrique, de forme triangulaire et recouvert par les fascias supérieur et inférieur du diaphragme pelvien. Il s'insère sur les branches ischio-pubiennes au-dessus des muscles transverse et ischio-caverneux ainsi que dans le centre tendineux du périnée.
- **LE SPHINCTER EXTERNE DE L'URÈTRE**. Il s'agit d'un manchon musculaire dont seules les fibres entourent l'urètre et se prolongent dans les parois latérales du vagin et dans le centre tendineux du périnée.

SCHÉMA 2 > Le plan moyen du périnée

Source: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone; 2011 décembre: 12



LE PLAN PROFOND

Il est également appelé « diaphragme pelvien ». Il regroupe les muscles élévateurs de l'anus :

- **LE MUSCLE PUBO-VAGINAL**. Il se dirige de manière presque verticale, en bas et en arrière, à partir de la face postérieure du pubis. Ses fibres constituent en majeure partie le centre tendineux du périnée.

matilia[®]

GROSSESSE

Recommandé par
les Sages-Femmes

Smoothie

100% Fruits

Sans sucres
ajoutés

Faites le plein de vitamines fruitées toute l'année!

Calcium

Vitamine D

Fer

Vitamine C

Acide folique

Fibres



Matilia & Nébilia



matiliaetnebilia



Fabriqué en
FRANCE



Notre boutique en ligne :
matilia.fr

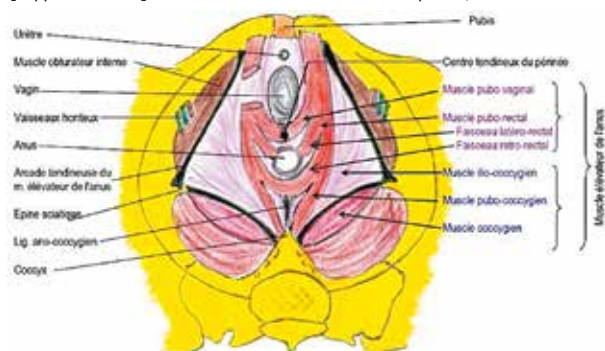
Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.

- **LE MUSCLE PUBO-RECTAL.** C'est le faisceau le plus puissant du muscle élévateur de l'anus. Il s'insère sur la face postérieure du pubis puis croise le rectum et se termine au niveau du sphincter externe de l'anus. Il se divise alors en deux faisceaux : le faisceau latéro-rectal et rétrorectal.
- **LE MUSCLE ILIO-COCYGIEN.** Muscle mince, statique, situé en arrière du précédent. Il s'insère latéralement sur l'épine ischiatique et sur le fascia du muscle obturateur interne en formant l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ses fibres s'orientent de dehors en dedans et en arrière sur les ligaments ano-coccygien et sur les bords latéraux du coccyx.
- **LE MUSCLE PUBO-COCYGIEN.** Au-dessus des deux précédents. Il suit un trajet longitudinal du pubis au coccyx, en avant du précédent sur la portion antérieure de l'aponévrose obturatrice et à la face postérieure du pubis jusqu'au raphé ano-coccygien.

S'ajoute à ce groupe musculaire le muscle coccygien de forme triangulaire qui est localisé en arrière du muscle élévateur de l'anus. Il s'étend de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et du coccyx. Il ferme la cavité pelvienne en arrière en complément de l'élévateur.

SCHÉMA 3 > Le plan profond du périnée ou diaphragme pelvien

Source : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre : 14



INNERVATION

Les organes génitaux externes et le périnée sont essentiellement innervés par le plexus pudendal. Celui-ci se divise en différentes collatérales et se termine par le nerf pudendal. La collatérale la plus volumineuse est le nerf périnéal qui se divise en deux branches : superficielle et profonde.

FONCTIONNALITÉ

Le périnée joue un rôle essentiel dans le soutien musculaire des organes pelviens. Cela est permis également par les structures ligamentaires du petit bassin qui ont un effet « suspensif » et grâce au fascia endopelvien qui a un rôle « cohésif ». C'est un tissu conjonctif en rapport avec les releveurs de l'anus et les parois antérolatérales du vagin^[4]. Tout ce système permet le soutien de la vessie, de l'urètre, de l'utérus et du vagin. L'urètre et le col vésical sont soutenus par l'arcade tendineuse du fascia pelvien, la paroi vaginale antérieure et le muscle élévateur de l'anus.

C'est donc l'ensemble des muscles et des tissus conjonctifs avoisinants qui permet à l'urètre de résister à la force descendante entre autres générée par l'augmentation de la pression abdominale, notamment lors d'efforts respiratoires, de toux ou d'éternuements. C'est ce rôle de soutien qui confère au périnée son importance dans la continence urinaire.

La continence anale est également liée au périnée mais est plus précisément liée à la fonction des sphincters anaux (internes et externes), le sphincter externe faisant partie du périnée comme nous l'avons vu précédemment^[5].

Cependant, le tonus du périnée et l'équilibre des structures pelviennes peuvent facilement être bouleversés lors de la grossesse et de l'accouchement.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

La grossesse et l'accouchement entraînent des remaniements physiologiques non négligeables sur le périnée. En effet, des phénomènes mécaniques et hormonaux vont agir sur celui-ci^[2].

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES

En dehors de la grossesse, l'utérus est antéversé et antéfléchi chez la plupart des femmes (parfois position rétroversé). Ainsi, les forces exercées par celui-ci sur le périnée sont orientées vers la région ano-coccygienne. Ce sont donc les groupes musculaires du périnée postérieur et du plancher pelvien qui exercent principalement le rôle de soutien.

Cependant, ces forces s'exercent différemment lorsque l'utérus est gravide. En effet, avec l'avancée de la grossesse, l'utérus va se déplacer vers l'avant et subir une augmentation de volume, ce qui aura pour effet d'orienter les forces plus en avant, au niveau de la fente vulvaire. Il faut donc que le tonus des muscles du centre tendineux et des élévateurs soit suffisant pour exercer efficacement le rôle de soutien.

PHÉNOMÈNES HORMONAUX ET VISCÉRAUX

Les bouleversements hormonaux qui ont lieu pendant la grossesse provoquent entre autres une inhibition des systèmes fibro-ligamentaires et ostéo-ligamentaires permettant l'élongation et la distension des structures constituant le bassin mou. Le tonus musculaire est donc moins important qu'en dehors de la grossesse.

De plus, l'organisation des organes du petit bassin est modifiée : l'urètre se distend, la vessie prend une place au niveau abdominal et son volume est augmenté. Les pressions qui en dépendent s'en trouvent donc également accrues. Le col utérin change également d'orientation et regarde davantage vers l'avant.

EN RÉSUMÉ

Avec la grossesse et son avancement, le périnée antérieur et superficiel subit davantage de force et de pressions dues aux modifications physiologiques. De plus, du fait de l'imprégnation hormonale, les muscles et ligaments sont plus lâches, le tonus y est moins important. Le tonus du périnée s'en trouve donc fragilisé. •

RÉFÉRENCES

1. Hugot S. *Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum. Une étude qualitative par 14 entretiens individuels* [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011 : 7-17.
2. Vivenot C. *La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription* [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré École de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009 : 6-14
3. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. *Anatomie du périnée féminin* [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre : 1-14.
4. Fattou B, Jacquetin B, Madelenat P. *Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement*. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999
5. Foerster S. *La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère* [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble École de sage-femme de Grenoble ; 2013 : 2-4.

Rééducation périnéale du post-partum

ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE BIOFEEDBACK ET TRAVAIL MANUEL

PAR AMARYLLIS COUCHOT, SAGE-FEMME

LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

DÉFINITIONS

La loi décrit la rééducation périnéale effectuée à la suite ou à distance d'un accouchement comme faisant partie des compétences de la sage-femme^[1]. Ainsi, la RP tient une grande place dans l'activité des sages-femmes libérales (SFL)^[2]. Il s'agit d'une prise en charge de la patiente « fondée sur une éducation périnéale et rééducation ciblée par un thérapeute en fonction des facteurs de risque et/ou des troubles observés »^[3,2]. Il peut donc s'agir d'un traitement thérapeutique mais également à visée prophylactique. Le protocole de prise en charge de la patiente est donc établi en fonction du tableau clinique que celle-ci présente, c'est pourquoi il est inscrit dans les recommandations de l'ANAES que la rééducation ne doit commencer qu'après avoir effectué un bilan initial avec une anamnèse doublée d'un examen clinique.

Il s'agira ensuite de proposer à la patiente des exercices sur le plancher pelvien qui vont permettre la diminution des troubles périnéaux en agissant sur le tonus musculaire, c'est-à-dire en lui apportant force, résistance et endurance^[4].

L'objectif final de cette prise en charge étant d'obtenir le verrouillage périnéal. Il s'agit d'établir une tonicité suffisante pour permettre le contrôle du périnée, réalisé par la patiente, lors d'efforts abdominaux^[5, 2].

■ CAS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE DU POST-PARTUM (RPP)

La rééducation périnéale du post-partum désigne la prise en charge du périnée sur une période qui s'étend jusqu'à un an maximum après l'accouchement. Elle débute en pratique juste après la visite postnatale (au moment où elle est généralement prescrite), c'est-à-dire autour de 6 à 8 semaines après la naissance de l'enfant^[6]. Ce délai permet l'attente du retour de couches (en l'absence d'allaitement maternel exclusif) et en outre une récupération physiologique d'une partie du tonus musculaire périnéal^[3, 4].

Toutefois, il paraît nécessaire, en théorie, d'attendre le sevrage de l'enfant en cas d'allaitement maternel (AM) du fait de l'imprégnation hormonale qui y est associée et qui favorise le relâchement des muscles pelviens^[3]. Pourtant, en pratique, les SFL ne semblent pas considérer l'AM comme un obstacle à la réussite de la RPP.

Selon certains auteurs, la RPP doit être prescrite si on trouve des déficiences dans une des trois dominantes après l'accouchement : périnéale, pelvi-rachidienne et

abdominale ; s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque chez la patiente ou une incoordination entre le verrouillage périnéal, la contraction abdominale et la posture pelvi-rachidienne (= inversion de commande)^[3].

LES MÉTHODES

Dans les recommandations de l'ANAES, de nombreuses méthodes sont décrites : le travail manuel, les exercices du plancher pelvien, le biofeedback, l'électrostimulation fonctionnelle, les traitements comportementaux et les cônes vaginaux. La plupart des études conduites pour l'ANAES à propos de ces méthodes n'apportent pas de preuve scientifique sur la supériorité en termes d'efficacité sur l'une ou l'autre des méthodes que d'autres, excepté pour les cônes, comme nous le verrons par la suite.

■ LE TRAVAIL MANUEL ET EXERCICES DU PLANCHER PELVIEN

Il s'agit pour la patiente, de faire travailler les différentes zones du périnée avec l'aide du thérapeute par le biais du toucher vaginal. Cette technique repose sur la stimulation par le toucher des différents muscles périnéaux, leur mise en tension, l'apprentissage du verrouillage périnéal et permet à la fois le contrôle de la contraction musculaire par le thérapeute.

Les exercices du plancher pelvien s'effectuent de la même façon et peuvent aussi se pratiquer seule par la patiente^[3, 6].

La méthode de CMP^[7] vient s'ajouter à ce type de travail périnéal. En effet, cette technique élaborée par une sage-femme libérale, Dominique Trinh Dinh, consiste en une méthode de rééducation périnéale manuelle à laquelle est ajouté un travail de visualisation des différentes régions du périnée à partir d'images (l'entrée du vagin est par exemple représentée par l'image d'une grotte). Cette méthode facilite, pour la patiente, la prise de conscience de cette partie souvent inconnue de son anatomie^[4].

■ LE BIOFEEDBACK

C'est une technique largement répandue en rééducation du post-partum. Il s'agit d'une technique de rééducation périnéale instrumentale qui permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien au moyen d'un rétrocontrôle sur un écran relié à la sonde vaginale. En effet, lorsque la patiente contracte le périnée, l'appareil en matérialise l'effet et le rend visuellement accessible à la patiente. Cela permet à celle-ci de prendre conscience du fonctionnement musculaire de son périnée et de le moduler, voire le corriger autant que nécessaire^[3, 4, 6].

■ L'ÉLECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE

Cette méthode de rééducation utilise la stimulation électrique via une sonde intravaginale qui provoque la contraction passive des muscles du périnée. L'appareil relié à la sonde peut délivrer différentes sortes de courants électriques

Abréviations : AM : allaitement maternel - ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - BFB : Biofeedback - CMP : Connaissance et Maîtrise du Périnée - RP : Rééducation Périnéale - RPP (Rééducation Périnéale du Post-Partum) - SF : Sage-Femme - SFL : Sage-Femme Libérale.

d'intensité variable ce qui permet de cibler différentes régions et faisceaux musculaires et de faire varier le type de contraction. Le thérapeute peut donc moduler la contraction périnéale en fonction de l'effet thérapeutique souhaité. Cette technique se heurte cependant à quelques contre-indications^[3, 6] telles que la grossesse, le port de stimulateurs cardiaques (pacemakers), les infections vaginales, les lésions périnéales nerveuses avec un potentiel de régénération nerveuse (ce qui est bien souvent le cas en période de post-partum).

■ LES TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX

Cette méthode est basée sur la prise de conscience des habitudes mictionnelles des patientes (délais, fréquences des mictions) reportées sur un calendrier mictionnel. Elle est aussi associée aux exercices du plancher pelvien. Elle est généralement employée chez les femmes de plus de 55 ans pour améliorer une incontinence urinaire d'effort ou d'impériosité, d'après la description établie dans les recommandations de l'ANAES.

■ LES CÔNES

Cette technique consiste à utiliser des dispositifs intravaginaux appelés « cônes vaginaux » de taille identique mais de poids différent. La patiente va contracter les muscles du plancher pelvien pour maintenir ces cônes en place dans le but d'augmenter la force des muscles du plancher pelvien. Cependant, il s'agit d'une technique difficile à suivre pour les patientes et les études retrouvées dans la littérature à ce sujet conduisent à émettre des réserves quant à l'utilisation de cette technique^[6].

■ LA RÉÉDUCATION DITE « GLOBALE »^[4, 8]

Il s'agit cette fois de replacer le périnée dans sa fonction corporelle « globale ». En effet, nous avons vu que les muscles du périnée ont un rôle de soutien. Ce rôle ne peut être optimal que si l'équilibre avec et entre les structures qui l'entourent (rachis, bassin, muscles abdominaux) est établi. En effet, la posture et la statique dorsolombaire sont des éléments qui jouent beaucoup sur la fonction périnéale du fait de la pesanteur et des pressions thoraco-abdominales exercées. C'est pourquoi le sport et les exercices abdominaux sont déconseillés avant la remise en place du tonus périnéal.

Il paraît donc important de sensibiliser les femmes à l'intérêt d'adopter une bonne posture et de retrouver un équilibre « global » afin de préserver une bonne fonction périnéale. C'est le travail effectué par certaines sages-femmes avec l'eutonnie ou la méthode De Gasquet.

MATÉRIEL DE L'ÉTUDE

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude multicentrique, descriptive, prospective et comparative réalisée auprès de deux populations de patientes :

- une première population en RPP par méthode manuelle,
- une seconde population en RPP par biofeedback.

L'enquête a été effectuée par questionnaire proposé aux patientes des deux groupes. Les patientes étaient informées de la finalité de l'enquête, de son caractère anonyme et n'y participaient que de manière volontaire.

SITE DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée chez des sages-femmes libérales. Au départ, le territoire d'enquête se limitait aux départements de l'Ain (Bourg en Bresse, Montrevel, Ceyzériat, St Didier sur Chalarnonne) et du Rhône (Lyon, Cognin, Les Chères), mais nous avons finalement décidé de l'étendre jusqu'en Isère (Vienne, Chamagnieu) et en Saône et Loire (Chauffailles) afin d'obtenir un effectif plus important de patientes. Les questionnaires étaient diffusés soit par courrier postal, par e-mail ou remis en main propre aux SFL. Ces dernières le transmettaient aux patientes qui correspondaient à nos critères.

POPULATIONS ÉTUDIÉES

Afin d'obtenir deux groupes homogènes et superposables de patientes et limiter ainsi les biais, les critères suivants ont été mis en place afin de définir les deux populations :

- le critère d'inclusion rassemble toutes les patientes qui bénéficient d'une rééducation périnéale du post-partum par travail manuel ou biofeedback, avec une parité inférieure ou égale à 3, d'un âge inférieur à 35 ans.
- les critères d'exclusion correspondent aux naissances par césarienne prophylactique ou en cours de travail avant 5 cm, aux grossesses multiples, aux lésions périnéales anatomiques ou neurologiques préexistantes avant l'accouchement, à l'utilisation de plusieurs méthodes de rééducation périnéale chez une même patiente.

MÉTHODE DE L'ÉTUDE

OBJECTIFS ET VARIABLES RECUEILLIES

Ce travail de recherche a pour but de répondre aux objectifs suivants :

- comparer l'efficacité des deux méthodes, c'est-à-dire observer une différence d'amélioration des troubles périnéaux sphinctériens ;
- déterminer s'il existe une différence dans le vécu de la RPP.

RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLONNAGE

Nous avons commencé par rechercher des SFL pratiquant soit une méthode manuelle de RPP soit du biofeedback. Les SFL correspondant à ces critères ont été contactées par e-mail ou par téléphone du 1^{er} août au 1^{er} octobre 2014. Leurs coordonnées ont été trouvées dans l'annuaire, dans les hôpitaux où nous sommes allés en stage (le Centre Hospitalier de Bourg en Bresse et l'Hôpital Nord-Ouest de Villefranche) ou par relations.

Les sages-femmes libérales recrutées étaient libres de contribuer à l'étude en faisant participer leur clientèle après avoir été informées de l'objectif de l'enquête et des critères de sélection. L'échantillonnage des populations de patientes a été effectué du 1^{er} septembre au 31 décembre de l'année 2014.

Au final, sur la cinquantaine de SFL contactées :

- 7 sages-femmes pratiquant la RPP par méthodes manuelles ont accepté de participer à l'étude et donc de transmettre le questionnaire à leur clientèle. Ce qui nous a permis d'obtenir 30 questionnaires exploitables.
- 4 sages-femmes pratiquant la RPP par biofeedback ont également accepté de faire participer leur clientèle à ce travail. Nous avons ainsi obtenu 28 questionnaires.

RECUEIL DE DONNÉES

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire auquel devaient répondre les patientes des sages-femmes libérales recrutées. Les SFL remettaient le questionnaire à leurs patientes à la fin des 10 séances de RPP si celles-ci correspondaient aux critères de l'étude, et me retournaient les questionnaires complétés. L'échange se faisait en main propre ou par courrier.

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les variables correspondant aux données suivantes seront recueillies :

- le profil de la patiente et les facteurs de risque périnéaux qu'elle présente ;
- les troubles périnéaux sphinctériens présents après leur dernier accouchement et leur évolution après la RPP ;
- le ressenti, le vécu et la satisfaction des patientes à propos de la RPP.

Les patientes complétaient le questionnaire après une dizaine de séances de rééducation ou en fin de rééducation si celle-ci durait moins de 10 séances et si l'objectif était atteint, ce qui a été le cas pour une patiente en travail manuel où l'objectif a été atteint après 7 séances.

Nous précisons que le recueil de données a été réalisé de manière anonyme à l'aide du logiciel Excel.

DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

L'AUTO-PRISE EN CHARGE

L'auto-prise en charge correspond à un travail personnel et thérapeutique de RPP effectué par la patiente elle-même. Notre enquête avait pour objectif de comparer deux techniques de RPP dont la part de traitement en autonomie différait. Cette variabilité peut se définir selon des critères quantitatifs ou qualitatifs. Une différence quantitative correspond à un temps passé à faire un certain nombre de fois des exercices périnéaux. Le critère qualitatif comprend la diversité des exercices proposés, leur efficacité quand ils sont réalisés par la patiente et le mode d'évolution des troubles urinaires.

En premier lieu, l'analyse de nos résultats d'enquête nous a amenées à remarquer que ce n'était pas tant la durée passée en auto-prise en charge qui différait. En effet, nous avons observé que la fréquence de réalisation d'exercice était répartie de manière semblable entre le Biofeedback (BFB) et le travail manuel. Les deux techniques de RPP engendrent donc une fréquence de travail personnel similaire pour les femmes qui les pratiquent.

En second lieu, nous avons découvert que les deux méthodes avaient des conséquences différentes à propos du ressenti provoqué par la RPP. Nous avons pu voir que la prise de conscience du rôle du périnée ne s'effectuait ni de la même façon, ni par les mêmes moyens. Nous avons mis en évidence que cette prise de conscience était davantage présente pour la méthode manuelle que pour le BFB. De plus, d'après les résultats obtenus dans la partie précédente, nous pouvons conclure que les femmes pratiquant le travail manuel considèrent avoir acquis de bonnes connaissances sur leur périnée. Enfin, l'apparition des progrès n'a pas lieu dans le même temps pour les deux techniques, puisqu'elle est plus précoce avec la technique manuelle.

Pour finir, il est important de souligner que, d'après les résultats de notre enquête, le biofeedback et le travail manuel ont une efficacité équivalente pour traiter les troubles de la continence urinaire du post-partum. Les deux méthodes ont permis une amélioration, voire une disparition des troubles, après une dizaine de séances. De plus, nous avons obtenu les mêmes résultats concernant la satisfaction des patientes vis-à-vis des deux techniques, même si le testing de fin est meilleur pour la méthode manuelle.

Par ailleurs, plusieurs études décrites par l'HAS^[6] ont démontré ce phénomène. Celles-ci indiquent, en effet, qu'aucune méthode de rééducation périnéale n'a démontré sa supériorité en termes d'efficacité.

L'AMÉLIORATION DU TESTING PÉRINÉAL

Notre enquête a révélé une différence significative en faveur du travail manuel, concernant l'amélioration du testing périnéal, après la réalisation d'une dizaine de séances de RPP.

Reprenons tout d'abord la définition du testing. D'après la littérature^[6,5], celui-ci consiste en une évaluation manuelle de la force et de l'endurance de la contraction périnéale.

En pratique, la sage-femme effectue un toucher vaginal et demande à la patiente de « serrer son périnée » autour de ses doigts. En fonction de la qualité de la pression exercée par les muscles périnéaux, la praticienne effectue une cotation sur 5. Une testing périnéale de 5/5 correspond à une contraction d'intensité suffisante et maintenue pendant une durée d'au moins 5 secondes.

Par ailleurs, on peut remarquer que la valeur du testing reste très subjective. Elle est en effet dépendante du praticien, mais aussi du contexte dans lequel est effectué le geste. Il doit donc être réalisé dans des conditions identiques pour être représentatif (patiente détendue, mise en confiance...).

Au cours de la RPP par travail manuel, la patiente va exécuter des séries de différents exercices périnéaux. Ce travail s'effectue au cabinet, guidé par les doigts de la sage-femme. Celle-ci, au moyen d'indications précises, va inviter la patiente à prendre conscience des efforts musculaires réalisés au niveau de son périnée. Les exercices sont ensuite reproduits à domicile, entre les séances, à titre d'auto-prise en charge. La patiente va alors se fier à ses propres sensations périnéales et aux connaissances que va lui apporter la SF sur son corps, comme le montrent les résultats statistiques. Cela lui offrira la possibilité, ensuite, de s'autoévaluer, c'est-à-dire qu'elle va elle-même juger de l'efficacité de sa contraction périnéale.

De plus, le travail manuel s'effectuant en binôme avec la SFL, il s'installe une sorte d'intimité entre les deux personnes. Cela aurait pour effet d'améliorer le testing, par adaptation entre la SF et sa patiente, ce qui entraîne un facteur de subjectivité supplémentaire pour ce geste.

Lors de la RPP par biofeedback, la prise de conscience de la contraction périnéale se fait par la visualisation de courbes sur un écran pendant les séances. Le travail à domicile diffère donc inévitablement de celui réalisé au cabinet. La patiente n'a plus de repère visuel pour juger de l'efficacité de sa contraction musculaire. Les efforts musculaires sont

donc plus difficilement reproductibles et évaluables par la patiente, l'entraînement serait donc moins performant.

Ainsi, il semblerait que les patientes pratiquant la méthode manuelle aient plus de facilité à s'approprier les exercices de RPP. Elles apportent un travail du périnée davantage réalisé dans la continuité, la conscience et les sensations périnéales, plus que pour les patientes pratiquant le biofeedback. De plus, d'après le témoignage des femmes dans le questionnaire, le fait de ressentir ce qui se passe au niveau du périnée les encouragerait davantage à travailler leurs muscles périnéaux. Cela engendrerait donc une meilleure tonicité périnéale et une qualité de contraction supérieure à celle obtenue par BFB.

Cependant, il convient de rappeler que le testing périnéal ne reflète pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence urinaire [6]. Aucune étude n'a actuellement démontré la supériorité d'une technique de RP à propos de l'amélioration des troubles périnéo-sphinctériens.

Par ailleurs, et nous l'avons déjà remarqué, cela est également le cas de notre enquête. Effectivement, les deux méthodes ont montré des résultats d'amélioration similaires sur les troubles périnéaux présentés par nos deux populations. On peut donc en déduire que le travail manuel et le biofeedback sont deux techniques de RPP efficaces pour corriger les problèmes d'incontinence urinaire du post-partum.

L'APPARITION DES PREMIERS PROGRÈS

Notre étude a permis de constater qu'il existait une différence significative entre nos deux groupes pour ce qui concerne le moment où les patientes vont ressentir les premiers progrès apportés par la RPP. Encore une fois, cette observation joue en faveur de la méthode manuelle. Les femmes pratiquant cette technique ressentent, pour la majorité d'entre elles, une évolution favorable dès les trois premières séances de RPP. Pour la plupart des patientes du groupe BFB, les progrès ne sont perçus qu'autour de la 5^e séance.

Cela peut être lié au fait que, selon la méthode de RPP employée, la prise de conscience du travail périnéal n'a pas lieu de la même manière chez les patientes, comme nous l'avons exposé dans le paragraphe précédent. Il est en effet plus facile pour les femmes pratiquant la technique manuelle de ressentir ce qui se passe au niveau de leur périnée, puis de retrouver cet effet lors des exercices à domicile. De plus, le toucher vaginal réalisé lors des séances permet à ces femmes d'être guidées lors des efforts musculaires ce qui favorise la création de repères afin d'obtenir finalement une meilleure maîtrise de leur périnée.

Quant aux femmes pratiquant le biofeedback, la visualisation de la contraction périnéale lors de la séance de rééducation représente un repère concret. Il s'agit de se rapprocher d'une courbe représentant un effort périnéal adapté. Les femmes voient en direct l'évolution de leur tonus musculaire. Leur attention est davantage centrée sur l'écran que sur le ressenti périnéal. Cependant, au quotidien, les femmes n'ont pas la possibilité de se raccrocher à une telle représentation de l'effort musculaire, donc de visualiser si elles « progressent ».

Pourtant, nous avons vu que le sentiment de progrès ressenti apparaît davantage dans le groupe biofeedback. Les femmes qui font du biofeedback accorderaient donc plus d'importance aux progrès qu'elles constatent visuellement.

Cela s'expliquerait par le fait que la visualisation du progrès sur l'écran est la base de la technique du biofeedback.

Certaines femmes, ayant répondu à notre questionnaire, ont avoué avoir travaillé plus volontiers leur périnée, lorsqu'elles ont elles-mêmes constaté des progrès. On peut donc en déduire que le travail à domicile est encouragé par le sentiment de progression des femmes. Il découlerait de ce fait que le travail quotidien serait effectué plus tardivement pour les femmes pratiquant le biofeedback.

Cette déduction nous amènerait au sujet concernant le testing périnéal. En fait, celui-ci serait plus élevé pour les patientes du groupe travail manuel car, les progrès étant ressentis plus rapidement par ces femmes, cela les encouragerait à travailler davantage en auto-prise en charge.

LA PRISE DE CONSCIENCE DU PÉRINÉE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Nous avons vu que la prise de conscience du rôle du périnée dans la vie quotidienne se faisait plus facilement chez les patientes pratiquant une RPP par travail manuel. Cette observation peut être la conséquence d'un travail périnéal effectué plus volontiers et de manière plus efficace en auto-prise en charge, sans pour autant que la différence soit significative.

Lorsqu'elles effectuent une RPP par travail manuel, les patientes se fient aux sensations périnéales ressenties au cours de la séance. Cela est couplé aux connaissances apportées par le travail manuel au cours de la séance avec la SFL, ce qui les rend autonomes ensuite pour maîtriser leur périnée. Elles sont capables d'utiliser ces connaissances pour retrouver des sensations périnéales au quotidien, lorsqu'elles effectuent volontairement des exercices. C'est aussi le cas lors de tâches ou d'événements quotidiens (porter des courses, monter des marches, étirements...). Quant au biofeedback, bien que les exercices visent à simuler une situation du quotidien, le rapport à la vie de tous les jours n'est pas tout à fait le même.

La prise de conscience du rôle périnéal est plus simplement acquise par les femmes qui pratiquent le travail manuel en RPP, car c'est là même le fondement de cette méthode. •

RÉFÉRENCES

1. Consulté le 17/02/2013 Code de la Santé Publique Articles R4127-318 et L.4153-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr>
2. Foerster S. *La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère* [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble École de sage-femme de Grenoble ; 2013 : 2-4.
3. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. *Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens* [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 mars.
4. Hugot S. *Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum Une étude qualitative par 14 entretiens individuels* [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011 : 7-17.
5. Vivenot C. *La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription* [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré École de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009 : 6-14.
6. ANAES. *Bilans et techniques de rééducation périnéale-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à données l'exclusion des affections neurologiques* ; 2010 février.
7. Nicot S. *La connaissance et maîtrise du périnée (CMP), évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale*. Vocation Sage-femme 2010 janvier ; (78) : 15-18.
8. Fatton B, Jacquetin B, Madelenat P. *Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement*. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999.

BOTOX®

Toxine Botulinique Type A

BOTOX® est utilisé dans de multiples indications chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans

Traitement symptomatique local +12 ans de la spasticité

(hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +2 ans

(hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +2 ans

(hyperactivité musculaire) des membres inférieurs

Traitement symptomatique local de la spasticité +12 ans

(hyperactivité musculaire) des membres inférieurs

+12 ans Troubles de l'oculomotricité

strabisme, paralysies oculomotrices récentes, myopathie thyroïdienne récente

+12 ans Blépharospasme

+12 ans Spasme hémifacial

+12 ans Torticolis spasmodique

+12 ans Hyperhidrose axillaire sévère

ayant résisté aux traitements locaux et entraînant un retentissement psychologique et social important

Adultes Traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurologique

conduisant à une incontinence urinaire non contrôlée par un traitement anticholinergique chez :

- les patients blessés médullaires
- les patients atteints de sclérose en plaques.

Adultes Traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique

associée à des symptômes incluant :

- 3 épisodes d'incontinence urinaire avec urgenterie sur 3 jours, et
- fréquence urinaire définie par un nombre de mictions ≥ 8 par jour et ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) ou intolérants au traitement anticholinergique et ne répondant pas à une kinésithérapie bien conduite.



BOTOX® doit être administré dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant déjà une bonne expérience de l'utilisation de la toxine dans ces indications et avec un plateau technique adapté.

 **Allergan™**

Les mentions obligatoires sont accessibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail constitue-t-elle une amélioration de la qualité des soins apportés par les sages-femmes ?

PAR ALICE BOCOGNANO, MATERNITÉ DU CENTRE HOSPITALIER LA CIOTAT (13), FORMATEUR CO-NAÏTRE®

Depuis quelques années, les sociétés savantes sous l'influence des associations d'usagers, mais également de données de la science, tendent à recommander aux professionnels de périnatalité de limiter les procédures invasives durant le travail et l'accouchement lorsque celles-ci ne sont pas médicalement justifiées^(15, 32).

Les sociétés savantes d'Obstétriciens et de Sages-Femmes de différents pays tels que les États-Unis, le Canada ou le Royaume Uni (ACOG, RCM, RCOG, SOGC) ont émis des recommandations allant dans le sens de pratiques raisonnablement médicalisées. En France, de nouvelles recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge de l'accouchement normal sont en cours de rédaction et, en 2016, le Collège National des Sages-Femmes a émis des recommandations sur l'utilisation justifiée des ocytociques⁽³³⁾.

Cette tendance à la prise en charge du travail raisonnablement médicalisée devient une préoccupation quotidienne dans nos salles de naissance. Un des freins à une attitude moins interventionniste est la difficulté à favoriser la participation active des femmes et de leur accompagnant durant la parturition.

Ceci est probablement en lien avec :

- un défaut d'information éclairée en anténatal qui permettrait aux couples d'anticiper l'expérience de la naissance et de s'équiper de ressources pour les aider à appréhender ;
- l'organisation des soins en salle de naissance (une sage-femme pour deux à trois femmes) qui rend difficile voire impossible le soutien continu ;
- le nécessaire « turnover » des salles de naissance pour faire face à une activité intense après la fermeture de la moitié des maternités françaises en trente ans⁽¹⁷⁾.

Ceci explique en partie qu'à de nombreuses occasions, les professionnels adoptent une attitude active dans la gestion du travail.

Extrait de mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire de Mécanique et Techniques obstétricales, validé en 2017.



PLUS D'INFORMATIONS
<http://www.co-naître.net>

Les femmes souhaitent participer aux décisions qui concernent leur santé et celle de leur bébé durant l'accouchement, et de pouvoir participer activement à sa naissance.

Parallèlement, les usagers nous font entendre que les femmes souhaitent participer aux décisions qui concernent leur santé et celle de leur bébé durant l'accouchement, et de pouvoir participer activement à sa naissance^(29, 30).

Dans ce contexte, nous sommes tenus de trouver des stratégies pour accompagner les couples en se centrant sur leurs besoins, leurs attentes, leur singularité et d'individualiser nos soins.

Favoriser la participation active permet, d'une part d'augmenter les chances d'un accouchement eutocique et, d'autre part, d'augmenter la confiance des couples en leur capacité à mettre au monde leur enfant⁽⁶⁾. Ce sentiment de puissance peut être pourvoyeur d'une plus grande confiance en leur capacité à s'adapter à leur nouveau rôle de parent.

Depuis une décennie, les salles de naissance en France s'équipent de matériel et de techniques permettant aux femmes d'être actives dans le déroulement du travail.

Les professionnels guident les femmes dans l'utilisation de ces ressources en se basant notamment sur l'évaluation de la douleur du travail. Cette évaluation repose pour la plupart des équipes de maternité françaises sur l'EVA (Échelle Visuelle Analogique).

Pourtant, les professionnels de périnatalité admettent que cet outil n'est pas adapté à la douleur de la parturition.

La douleur est hautement personnelle et a des composantes aussi bien émotionnelles que sensorielles.

Les perceptions de la douleur sont influencées par les facteurs environnementaux et sociaux, et par les expériences personnelles et la culture. Par conséquent, la perception douloureuse d'un individu est unique et distincte de celle d'une autre personne. La douleur au cours du travail et de l'accouchement est difficile à définir, tout comme à évaluer⁽¹⁾.

La douleur de l'accouchement est, soit fêtée, soit au contraire déconsidérée, en fonction des modèles personnels et culturels de la femme et de ses attentes. Parce qu'il existe de multiples facteurs influençant la douleur et sa perception



Alice BOCCIGNANO
Sage-femme Maternité CH La Clotaire
Formateur Co-Modérateur

INTRODUCTION

Les récentes recommandations de pratiques cliniques qui tendent vers une prise en charge du travail raisonnablement médicalisée sont devenues une préoccupation quotidienne dans nos salles de naissance. Pour adopter une attitude moins interventionniste, la participation active des femmes et de leur partenaire durant le travail est nécessaire. La maternité concernée par l'étude est une structure de type I qui voit naître environ 900 enfants par an. Elle détient le label « Initiative pour un Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) depuis 2011.

A l'occasion d'une session de travail, le constat a été fait de la nécessité de trouver un outil, permettant une évaluation de la douleur, qui mutualiserait douleur et comportement et qui pourrait soutenir la participation active des futurs parents. Inspiré de l'algorithme « The Coping With Labor Algorithm » créé en 2001 à l'Hôpital Universitaire de l'Utah, nous avons implémenté un outil adapté à notre série et nos pratiques locales.

On parle de « coping » (faire face) pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

L'IMPLEMENTATION D'UN ALGORITHME D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DE LA FEMME EN TRAVAIL CONSTITUE-T-ELLE UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS APPORTÉS PAR LES SAGES-FEMMES ?

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Un outil d'évaluation du comportement de la femme en travail permet-il de soutenir la participation active et constitue-t-il une amélioration de la qualité des soins du point de vue des sages-femmes ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude rétrospective, qualitative, de satisfaction de l'utilisation de l'outil auprès des sages-femmes de la maternité du CH de La Clotaire à partir d'un questionnaire en ligne.

RÉSULTATS

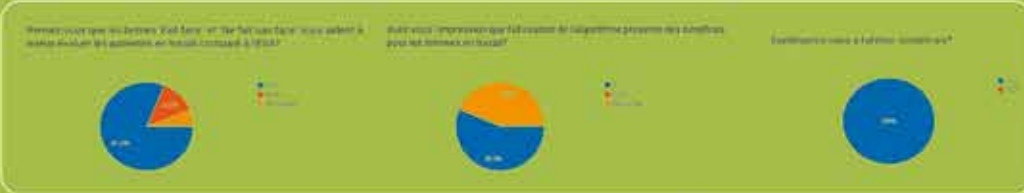
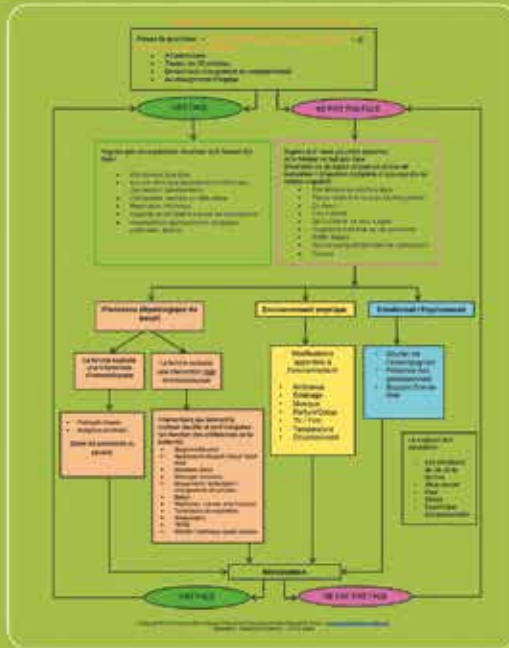
L'implémentation de l'algorithme s'est faite sans difficultés et sans formation spécifique.

Plus de 80% des sages-femmes considèrent que l'algorithme est plus pertinent pour évaluer la douleur que l'échelle visuelle analogique (EVA) et qu'il constitue en cela une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » à leur travail.

Les sages-femmes considèrent majoritairement que l'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail, notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs propres ressources et de les mobiliser.

La majorité des sages-femmes considère que l'algorithme les aide à proposer un accompagnement de meilleure qualité centré sur la personne.

La totalité des sages-femmes souhaitent continuer à utiliser l'algorithme dorénavant.



CONCLUSION

L'utilisation de cet algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail comparé à l'EVA est plus pertinente et constitue une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » au travail de l'accouchement. Les sages-femmes considèrent que l'utilisation de l'algorithme permet de soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie « d'empowerment ». Il favorise la participation active des femmes. L'unanimité des sages-femmes souhaitent continuer à l'utiliser et optimiser son usage en le présentant aux couples en antenatal. L'algorithme est donc adapté à leur pratique et constitue une amélioration de la qualité des soins qu'elles apportent aux femmes durant le travail.

par la femme au cours du travail, évaluer avec soin la douleur au cours du travail est, en pratique clinique, un défi ⁽¹⁾.

Simkin et Bloding ⁽¹⁸⁾ définissent les éléments psychologiques de la souffrance pour une femme en travail comme « une menace pour le corps ou l'esprit ; impuissance et perte de contrôle ; ressources insuffisantes pour faire face à la situation de détresse ».

Merriam-Webster définit la souffrance comme « se soumettre à ou être forcée d'endurer, de subir, d'expérimenter quelque chose avec en particulier son caractère inéluctable et inévitable ».

Le travail est quasiment toujours inévitable et inéluctable quand un enfant vient au monde. En dépit de la connotation négative des mots « inévitable » et « inéluctable », ils sont aussi synonymes de « nécessaire » et de « prévisible ».

L'habileté d'une femme à anticiper et à savoir qu'elle participera activement à son accouchement peut changer l'expérience de souffrance en état d'acceptation bien gérée et anticipé. C'est le droit d'une femme de recevoir un soutien pour un modèle de soin qui encourage sa participation active au cours du travail, qu'elle choisisse une méthode pharmacologique ou non pharmacologique de gestion du travail. Le niveau de confiance d'une femme dans sa capacité à faire face au travail est un des meilleurs prédicateurs de la façon dont elle expérimente le travail ⁽¹⁾.

En 2001, une équipe de sages-femmes de l'hôpital universitaire de l'Utah à Salt Lake City cherche à créer un outil approprié pour assister les femmes en travail pour la prise en charge de la douleur, tout en répondant aux standards de qualité d'évaluation de la douleur.

À partir d'une revue de la littérature, elles décident que « Coping » (faire face) est plus adapté à décrire ce qu'elles évaluent plutôt que le niveau de douleur sur une échelle numérique de 0 à 10 ⁽¹⁾. On peut traduire ce terme en français par les termes « faire face ». On parle de « coping » pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

Le coping peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide...). Tout ceci permet au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable ^(5, 31).

Lazarus et Folkman définissent le stress comme une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » ^(5, 31).

« Le coping est défini comme un modèle spécifique de réponse au stress par lequel les perceptions d'un individu, ses émotions et ses comportements préparent l'adaptation et le changement ». Parce que la douleur est inhérente à toute une partie du travail, aider une femme à faire face aux sensations qu'elle vit, peut l'aider aussi à atténuer le sentiment d'impuissance et la souffrance. Faire face efficacement au travail a été

« Le coping est défini comme un modèle spécifique de réponse au stress par lequel les perceptions d'un individu, ses émotions et ses comportements préparent l'adaptation et le changement ».

relié à des niveaux bas de douleur, à une issue positive de la naissance, une plus grande satisfaction à l'égard de l'expérience de naissance, et plus de confiance en soi ^(1, 5).

Pour Chantal Razurel, le coping permet, soit de modifier le problème (le résoudre, le réduire, le différer), soit de se modifier soi-même (réguler ses affects, ses cognitions, son état physiologique). Les études menées sur les stratégies de coping déployées par les parents, en réponse aux changements engendrés par la naissance d'un enfant sont relativement rares. La littérature semble montrer que les stratégies centrées sur le problème sont plus adéquates et permettent une meilleure adaptation aux situations rencontrées, alors que les stratégies d'évitement favoriseraient les symptômes dépressifs (Faisal-Cury et al., 2004, Van Bussel et al., 2009, Honey et al., 2003). Ces stratégies vont permettre aux mères de faire face aux différents événements de la naissance de manière plus ou moins efficace et peuvent influencer leur sentiment de compétence ⁽⁵⁾.

La maternité du Centre Hospitalier de La Ciotat est une structure de type 1 située dans les Bouches du Rhône et appartenant au réseau Méditerranée. Elle voit naître environ 900 enfants par an. Elle détient le label « Initiative pour un Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) depuis 2011.

La recommandation 12 (*Mother Friendly Care*) émise par l'OMS ⁽³²⁾ dans le cadre de la démarche IHAB a amené depuis plusieurs années les professionnels de l'équipe à mener une réflexion sur les pratiques de soins en salle de naissance.

Deux groupes de travail se réunissent chaque mois et ont pour mission de rédiger les procédures nécessaires dans le cadre de :

- La naissance non médicalisée.
- La prise en charge de l'accouchement normal, à terme, pour un singleton en présentation céphalique.

Les sages-femmes évaluent la douleur durant le travail, soit à l'aide de l'EN, soit sur le comportement de la femme, soit de façon binaire (mal/pas mal, calme/algique).

C'est à l'occasion d'une session d'un groupe de travail que le constat a été fait de la nécessité de trouver un outil permettant une évaluation de la douleur qui mutualiserait douleur et comportement. Nous avons donc décidé d'adapter « The Coping With Labor Algorithm » implémenté en 2010 à l'Hôpital universitaire de l'Utah à notre unité et nos pratiques.

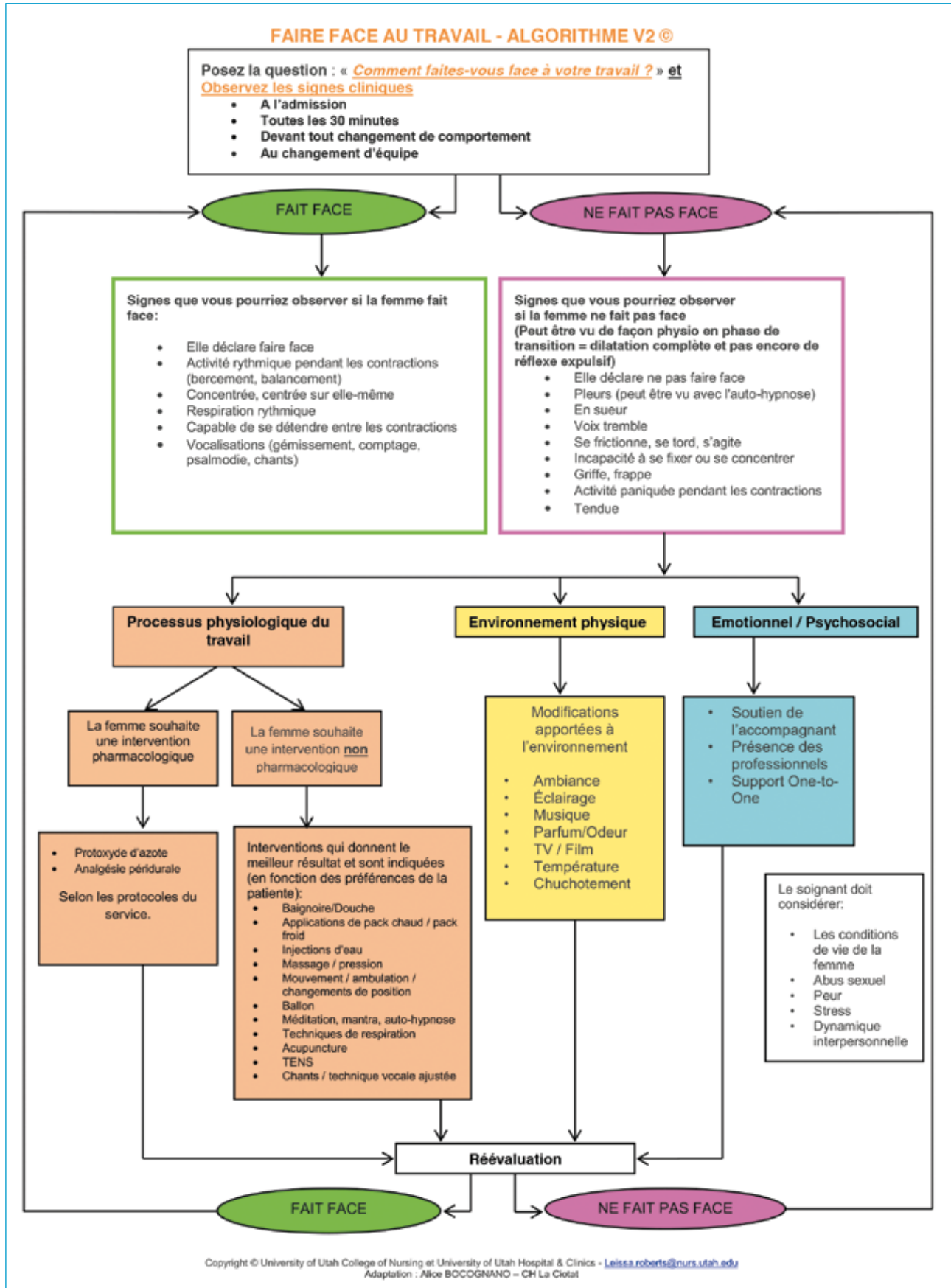
Après en avoir fait une traduction en français et échangé avec l'auteur Leissa Roberts, l'algorithme a été présenté aux sages-femmes qui ont accepté de le tester.

Ce travail consiste à évaluer si l'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme

en travail constitue une amélioration de la qualité des soins du point de vue des sages-femmes. Il s'agit d'une étude rétrospective, qualitative, de satisfaction d'un outil auprès

de toutes les sages-femmes du Centre hospitalier de La Ciotat, quel que soit leur mode d'exercice. Soit un total de 17 sages-femmes concernées.

Suite p. 24 >



RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

TAUX DE RÉPONSE

17 sages-femmes exerçaient sur la maternité de La Ciotat durant notre étude. Quatre d'entre elles ne pratiquent pas en salle de naissance. Le taux de réponse au questionnaire est de 16 sur 17 soit 94 %.

FRÉQUENCE D'UTILISATION DE L'ALGORITHME

Plus de la moitié des sages-femmes ont eu l'occasion d'utiliser l'algorithme plus de 4 fois au cours de la période d'étude. 14 sages-femmes sur 16 l'ont utilisé au moins une fois.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR AU COURS DU TRAVAIL : COMPARAISON EN/ALGORITHME

Avant la mise en place de l'algorithme, la totalité des sages-femmes évaluaient la douleur sur le comportement de la femme, la moitié d'entre elles s'aidait de l'EN et un quart posait une question binaire de type : « *avez-vous mal ou non ?* ».

81,3 % des sages-femmes considéraient que les termes « *Fait face* » et « *Ne fait pas face* » sont plus pertinents pour évaluer la douleur et le ressenti des femmes en travail.

Plus de 80 % considèrent que l'algorithme constitue une amélioration dans l'évaluation de la douleur durant le travail.

OBJECTIFS IMAGINÉS PAR LES SAGES-FEMMES DE L'OUTIL

La représentation que se sont faite les sages-femmes de l'outil permet de dire qu'elles ciblaient deux objectifs à atteindre grâce à l'algorithme :

- **Une aide aux professionnels** grâce à une meilleure évaluation du ressenti de la femme en travail et une proposition d'accompagnement plus adaptée à ses besoins (N = 14).
- **Une aide aux couples** en leur permettant de prendre conscience de leurs propres ressources et de prendre confiance en leur capacité à mettre au monde leur enfant (N = 3). Les sages-femmes ont donc une représentation de l'outil qui leur permettrait de favoriser la participation active des couples par un processus d'*empowerment*.

BÉNÉFICES DE L'UTILISATION DE L'ALGORITHME

Les sages-femmes considèrent majoritairement (N = 9) que l'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail, notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs ressources (N = 3) et en proposant un accompagnement de meilleure qualité (N = 6) centré sur la personne.

Elles ont expérimenté que les bénéfices étaient plus marqués pour les femmes qui envisagent un accouchement non médicalisé ou sans péridurale (N = 4). Mais également pour celles qui ont bénéficié d'une préparation à la naissance et à la parentalité solide (N = 3) et aussi celles qui n'en ont pas du tout bénéficié (N = 2). Elles soulignent également que l'algorithme présente plus d'intérêts pour les femmes qui ne font pas face (N = 3).

La représentation que les sages-femmes se font de l'outil semble être corroborée par l'étude qui montre que l'utilisation de l'algorithme semble soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie « *d'empowerment* ».

Elle est d'autant plus bénéfique que les parents ont été

bien préparés en anténatal, ou au contraire pas du tout. Ceux qui ont été préparés possèdent déjà des stratégies pour « *faire face* » que la sage-femme va suggérer et/ou soutenir. Pour ceux qui ne l'ont pas été, l'outil aide la sage-femme à faire émerger avec le couple les ressources qu'ils possèdent et à les exploiter.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Plus d'un tiers des sages-femmes n'a rencontré aucune difficulté.

Cependant un tiers note que la fréquence d'évaluation est trop élevée et non réaliste avec l'activité moyenne de la salle de naissance.

OPTIMISATION DE L'OUTIL

Quasiment la moitié des sages-femmes (N = 7) n'envisage pas de modification.

Les améliorations les plus fréquemment proposées concernent le fait de le présenter aux couples en anténatal (N = 3) afin d'assurer la continuité de la qualité des soins et d'amener plus de souplesse dans la fréquence d'évaluation.

BESOINS EN FORMATION

La majorité des sages-femmes déclare ne pas avoir besoin de plus de formation pour utiliser l'algorithme (N = 11). Trois d'entre elles se montrent intéressées par de la formation sur les interventions non pharmacologiques pour permettre à la femme de faire face.

POURSUITE DE L'UTILISATION DE L'ALGORITHME

La totalité des sages-femmes souhaite continuer à utiliser l'algorithme dorénavant.

CONCLUSION

L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail dans une maternité de type 1 s'est faite sans difficultés et sans formation spécifique.

L'utilisation de cet algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail, comparé à l'EVA, est plus pertinente et représente une amélioration dans l'évaluation de la douleur de la femme en travail.

Les sages-femmes considèrent que l'utilisation de l'algorithme permet de soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie d'*empowerment* que l'algorithme soutient.

Certains professionnels se sont montrés motivés pour se former à des techniques non pharmacologiques d'accompagnement du travail, en cela l'implémentation de l'outil stimule le développement de nouvelles compétences et donc le dynamisme de l'équipe.

L'unanimité des sages-femmes souhaite continuer à utiliser et veut optimiser son usage en le présentant aux couples en anténatal.

L'algorithme est donc adapté à leur pratique et constitue une amélioration de la qualité des soins qu'elles apportent aux femmes durant le travail.

L'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail, notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs ressources et en proposant un accompagnement de meilleure qualité centré sur la personne et son accompagnant. Il favorise ainsi la participation active des futurs parents. •

BIBLIOGRAPHIE

- Roberts L, Gulliver B, Fisher J, Cloyes K. *The coping with labor algorithm: an alternative pain assessment tool for the laboring woman*. Journal of midwifery and women's health. 2010
- Fairchild E., Roberts L., Zelman K., Michelli S., Hastings-Tolsma M. *Implementation of Robert's coping with labor algorithm® in a large tertiary care facility*. Midwifery 50 (2017) 208-218. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.008>
- Gulliver G., Fisher J., Roberts L. *A new way to assess pain in laboring women. Replacing the rating scale with a « coping » algorithm*. Nursing for women's health, vol 12 issue 5, oct-nov 2008. <http://nwh.awhonn.org>
- Smith H., Peterson N., Lagrew D., Main E. 2016. *Toolkit to support vaginal birth and reduce primary cesareans: A quality improvement toolkit*. Stanford, CA: California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC). P. 99
- Razurel C. *Se révéler et se construire comme mère: L'entretien psycho-éducatif périnatal*. 2015, Éditions Médecine et hygiène.
- Gaskin I.M. *Le guide de la naissance naturelle*. 2015, Éditions Mama.
- Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. *Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? 2014* - Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; 43, 413-423.
- Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr GJ, Styles C. *Maternal positions and mobility during first stage of labour*. Cochrane database of systematic review 2013, Issue 10 Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. *Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia*. Cochrane database of systematic review 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. *Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia*. Cochrane database systematic reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.
- Jones L, Othman M, Donswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. Cochrane database systematic reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. Cochrane database systematic review 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane database of systematic reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Parents, enfants: les premiers ajustements - Grossesse et accueil de l'enfant - Outils d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes - INPES - 2010 - <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf>
- Rapport de la mission périnatalité 2003, 20 propositions (JC Rozé, G Bréart, F Puech) 17 septembre 2003, « Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités », document associant le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), le Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF), le Collège national des sages-femmes (CNSF) et la Société française de néonatalogie (SFN) au ministère chargé de la santé.
- Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles - Haute Autorité de santé. 2005 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Enquête nationale périnatale 2010, INSERM, mai 2011
- Simkin P. *Stress, pain and catecholamines in labor* - Part I. Birth. 1986; 588-592.
- Amy M. Romano and Judith A. Lothian. *Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence*. JOGNN, 37, 94-105; 2008. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x
- Celest Phillips. *Family-centered maternity Care* - Jones & Bartlett Learning. 2003.
- www.ipfcc.org/ The Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. *Acupuncture or acupressure for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. *Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.
- Klomp J, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. *Inhaled analgesia for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD009351. DOI: 10.1002/14651858.CD009351.pub2.
- Jones L, Othman M, Donswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. *Assessment and support during early labour for improving birth outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011516. DOI: 10.1002/14651858.CD011516.pub2.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- CIANE - *Enquête sur les accouchements*. Dossier n° 5 avril 2013 - Douleur et accouchement - <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
- CIANE - *Enquête sur les accouchements*. Dossier n° 3 - Août 2012 - Respect des souhaits et vécu de l'accouchement - <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
- Marilou Bruchon-Schweitzer - *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress* - Recherche en soins infirmiers N° 67 - décembre 2001 http://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf
- OMS - IHAB-France - Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser l'établissement du lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement - <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf>
- Recommandations pour la pratique clinique - CNSF - 2017 - <http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>

BOOSTER SA FERTILITÉ : comment suivre un régime dans une vie bien remplie ?

Avec le nutritionniste Raphaël GRUMAN et le comité médical MyBuBelly

Il est prouvé depuis longtemps que l'alimentation joue un rôle important dans la fertilité. Ainsi en période de désir d'enfant, il est préférable de réadapter son alimentation quotidienne en privilégiant les aliments qui favorisent la fertilité (antioxydants, vitamine B9, omega-3...) et en supprimant ou en diminuant ceux qui au contraire la défavorisent.

L'importance du coaching en diététique de préconception.

Il n'est pas simple d'adapter une nouvelle façon de s'alimenter à ses contraintes quotidiennes et à son rythme de vie. C'est là tout l'intérêt d'un coaching personnalisé. Un coaching est important. C'est un guide, un conseil au quotidien, une écoute et une oreille attentive qui saura vous proposer la bonne réponse à chacune de vos questions.

C'est dans cet objectif qu'a été élaborée la méthode MyBuBelly, le 1er coaching en ligne sur la préconception qui booste votre fertilité et vous aide même à choisir le sexe de votre bébé



Découvrez notre livre aux Editions Leduc.s

En savoir + WWW.MYBUBELLY.COM

Dossier thématique Acupuncture - Homéopathie

PAR **TEREZA MIKELIC DUTRIAUX**, SAGE-FEMME ACUPUNCTEUR ET HOMÉOPATHE, HERBLAY (95)

Avec le printemps, saison du renouveau, des naissances, je suis très heureuse de vous présenter la première d'un projet qui me tient particulièrement à cœur : un dossier réservé aux sages-femmes spécialisées en médecine traditionnelle chinoise (MTC) et/ou en homéopathie, mais que tous sont invités à lire pour s'imprégner de ces deux approches très différentes des fonctionnements de notre médecine moderne. Il existe bien sûr des revues spécialisées très complètes sur la MTC mais la constatation est que beaucoup de sages-femmes ne les lisent pas car elles ne se retrouvent pas dans ces sujets parfois très éloignés de la spécificité du champ d'action de la sage-femme acupunctrice. Il en est de même pour l'homéopathie. Je remercie les Dossiers de l'Obstétrique de leur accueil.

Le but de ce dossier thématique, qui sera régulier, est de proposer des articles sur une thématique donnée, sur la médecine traditionnelle chinoise et l'homéopathie, et faire le lien avec notre profession. Ainsi les « non-initiés » sont invités à feuilleter et se laisser imprégner s'ils le souhaitent. Quant aux praticiens novices ou confirmés, ces quelques pages se veulent une aide sur la réflexion et la pratique de chacun. Notre objectif commun : toujours améliorer nos connaissances et ainsi nos compétences pour accompagner aux mieux les femmes, les couples, les familles qui se créent et s'agrandissent, mais aussi celles qui rencontrent des difficultés. N'hésitez pas à faire part de vos réflexions et de vos souhaits sur les sujets que vous aimeriez approfondir.

Dans un précédent numéro (N.D.L.R. : N° 479 - avril 2018) quelques pages étaient déjà consacrées à ces deux disciplines, pour en expliquer le fonctionnement général et les applications dans la pratique quotidienne. À présent nous entrons plus spécifiquement dans les détails.



Figure 1
Source : <https://www.calendrier-lunaire.fr>

La médecine traditionnelle chinoise, du haut de ses quelque trois mille ans d'existence, loin du comportement « adolescent » de notre médecine moderne, qui prétend tout savoir et veut tout maîtriser, est comme le « vieux sage » : elle a observé, écouté, testé, et en a tiré les leçons tant positives que négatives. À une époque où la science était encore à ses prémices, les « outils » de base du diagnostic chinois voient le jour : l'observation de l'Homme et de

son environnement ; du microcosme dans le macrocosme. Ainsi, l'observation du patient, l'écoute du dit et du non-dit, forment la base. Puis, viennent la palpation des pouls, véritable scanner corporel et l'étude de la langue, carte révélant l'état des organes. Enfin, la palpation de différents points amène à affiner et individualiser davantage le traitement du patient. Cette médecine, tant différente de nos habitudes d'Occidentaux, est avant tout préventive, visant toujours à restaurer l'équilibre.

Selon la médecine traditionnelle chinoise, au départ, l'Homme est à l'équilibre. Trois facteurs peuvent rompre ce dernier : le climat, l'alimentation et la mauvaise gestion des émotions.

Nous vous proposons de démarrer cette série de dossiers thématiques par un focus sur les saisons, les éléments et organes correspondants, la prévention ainsi que les pathologies associées et leur traitement via l'acupuncture et l'homéopathie.

Le calendrier chinois est quelque peu différent du nôtre. Lié à la lune, il dénombre quatre saisons, en rapport avec les différents éléments, et quatre intersaisons de 18 jours, constituant un « retour au centre ».

Selon la loi des cinq mouvements (Wu Xing), chaque élément correspond à un couple organe/entrailles, à une couleur, une note de musique, une saveur, un moment de la journée, une saison, un point cardinal, etc.

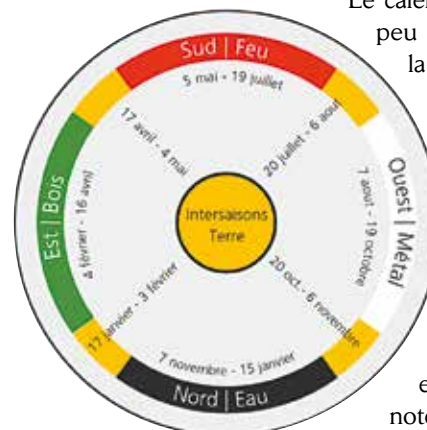


Figure 2
Source : <http://www.cedric.presselin.fr>

Ainsi, l'été correspond à l'élément Feu, l'automne au Métal, l'hiver à l'Eau, le printemps au Bois et, entre chaque, une intersaison en lien avec l'élément Terre.

Actuellement, selon ce calendrier énergétique, nous sommes en été depuis le 5 mai et jusqu'au 19 juillet. Cette saison reliée à l'élément Feu, aux organes Cœur et Intestin Grêle, à la couleur rouge, au Sud, à la chaleur, à midi, à la planète Mars (la planète rouge), à la Joie, à la saveur amère, à l'odeur du brûlé, au rire, à la langue, aux vaisseaux sanguins, lymphatiques et énergétiques. Sa phase évolutive correspond à la croissance. La phase énergétique est la superficie, l'extérieur.

L'ÉLÉMENT : FEU

Au Yang maximum correspond l'expression maximale de la chaleur, de l'énergie, des échanges : il s'agit du Feu. Il n'y a rien dont l'expression soit aussi intense, aussi totale. C'est le Yang dominant. Mais, en même temps, il laisse après lui du charbon et de la cendre.

Sa couleur est le rouge.

En rapport avec cet élément, on va trouver tous les mécanismes d'échange permettant la production et la répartition de l'énergie et du sang. On retrouve également les vaisseaux permettant cette distribution : il s'agit d'un immense réseau allant du centre vers la périphérie. Les vaisseaux sont le témoin du rayonnement du sang, de la conduction de l'énergie à l'ensemble des territoires même les plus éloignés. La notion de vaisseaux en MTC c'est non seulement les artères, les veines et les lymphatiques mais aussi les nerfs et les méridiens, c'est-à-dire la capacité de mise en éveil et de prise de conscience dans tous les territoires du corps.

Notons également une relation importante avec le psychisme puisque cet élément symbolise l'activité consciente et éveillée mais est aussi associé à l'intelligence du cœur : la capacité de compréhension, d'adéquation, de trouver dans tout ce que l'on sait ce dont on a besoin au moment adéquat.



LE CŒUR : ORGANE

Le cœur est un organe Yin en relation avec son entraille Yang : l'intestin grêle.

Sa première fonction est de gouverner : il est qualifié d'empereur dans la hiérarchie des organes.

Une des fonctions du cœur est de gouverner le sang

Lorsqu'il reçoit le Qi des aliments en provenance de la rate et de l'estomac qui l'ont transformé en sang, le cœur le propulse via le réseau vasculaire. C'est l'unité fonctionnelle qui régule la circulation sanguine. Le Qi du cœur peut être comparé à l'action de pompage de celui-ci. S'il est abondant et suffisant, alors le cœur travaillera à un rythme normal, transportant le sang dans les vaisseaux sanguins sans heurt, le pouls sera régulier et fort, et le visage sera éclatant. Au contraire, si le Qi du cœur est déficient, le sang ne pourra pas être transporté efficacement dans les vaisseaux sanguins, et le pouls sera faible. La personne sera pâle, et sa langue



Ainsi, l'été correspond à l'élément Feu, l'automne au Métal, l'hiver à l'Eau, le printemps au Bois et, entre chaque, une intersaison en lien avec l'élément Terre.

apparaîtra pâle et blanche.

Ainsi une autre fonction du cœur est de contrôler les vaisseaux sanguins

Comme dit au-dessus, les vaisseaux sanguins sont dépendants du Qi du cœur. Tant qu'il est suffisant, les vaisseaux sanguins auront un approvisionnement suffisant en sang et seront en bon état.

Mais le cœur a aussi pour rôle d'abriter l'esprit : le Shen

On dit que c'est la « résidence du Shen » (traduit par « esprit », ce qui, selon les croyances taoïstes se réincarne après notre mort). Le cœur abrite en plus de la conscience spirituelle, l'activité mentale, la mémoire, la conscience, les pensées et le sommeil. Le « Shen » concerne la vitalité de la personne, il trouve son reflet dans les yeux, la parole, les réactions et dans l'apparence générale.

Lorsque le cœur est à l'équilibre, l'activité mentale est normale, la conscience est claire, la mémoire bonne, la pensée aiguisée et le sommeil profond.

En revanche, lorsque l'organe est en déséquilibre, des symptômes apparaissent.

Une déficience du sang entraîne des troubles tels que l'anxiété, l'insomnie, ainsi qu'une mémoire défaillante. Parallèlement, l'inconfort de l'esprit, les problèmes émotionnels, la tristesse, ou l'excès de joie entraînent des palpitations et un teint pâle.

Le Shen, avec le Qi et le Jing (l'essence) forment ce que l'on appelle les « trois trésors » (Sān Bǎo). Tant que ces derniers sont suffisants, l'esprit sera clair et vif. En revanche, s'ils sont faibles, le Shen sera confus.

En MTC, le visage (et notamment le teint) et la langue sont les fenêtres du cœur et du sang. Le cœur s'ouvre à la langue parce qu'ils sont connectés. En effet, la langue est l'organe associé et à l'origine de la distinction des cinq saveurs et de l'élocution. On dit de la langue qu'elle est le reflet du cœur et que son Qi et le Shen lui donnent la mobilité et la capacité d'émettre un discours clair.

Enfin, le cœur va contrôler la transpiration.

La sueur fait partie des liquides organiques (Jīn Yè) qui ont la même origine que le sang. Une transpiration en excès est considérée comme un gaspillage de Qi et de sang du cœur, entraînant des symptômes tels que des palpitations.

LE CŒUR : MÉRIDIEN

Le méridien relié au cœur est Shou Shao Yin.

Méridien principal

Il commence au milieu du Cœur. Une branche suit le Vaisseau Conception, traverse le diaphragme, arrive à 2 cun de l'ombilic et entre dans l'Intestin grêle.

Une autre branche part du cœur, monte des deux côtés

du système laryngo-pharyngien, traverse la face et la joue pour se relier aux yeux.

Une troisième, verticale, va du cœur aux poumons et apparaît au creux axillaire au point C1 (Ji Quan). Elle descend le long de la face antéro-interne du bras, en dedans du méridien du poumon et du maître cœur jusqu'au bord interne du coude au point C3 (Shao Hai). Ensuite elle longe la face antéro-cubitale de l'avant-bras jusqu'à l'apophyse styloïde du cubitus, puis le bord inférieur de la paume de la main. Suivant le long du bord radial du 5^e doigt, elle se termine à l'angle unguéal externe au point C9 (Shao Chong), où elle s'unit au méridien de l'intestin grêle au point Ig1 (Shao Ze).

Le méridien principal du cœur est le seul méridien à sortir de l'organe dont il dépend. Tous les autres méridiens commencent ailleurs et n'entrent qu'après une portion de leur trajet dans l'organe ou l'entraille dont ils dépendent.

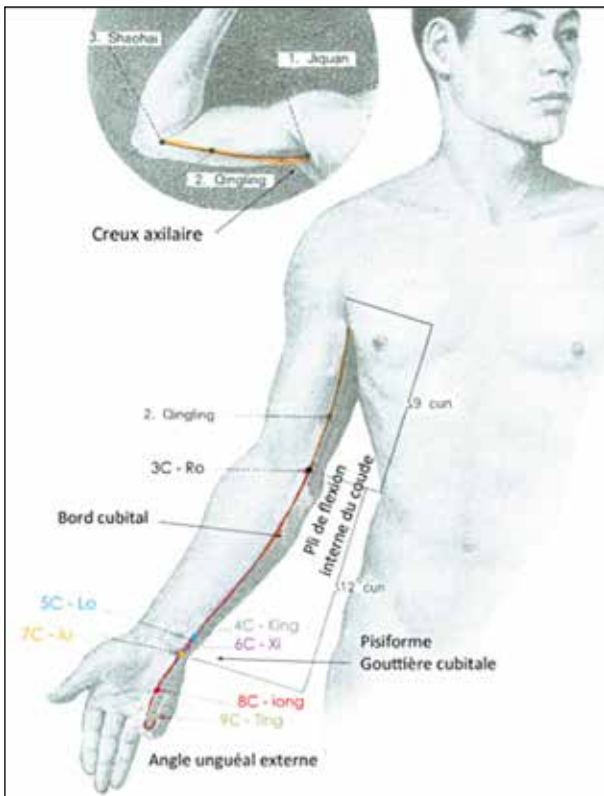


Figure 3. Précis d'acupuncture chinoise - Académie de Pékin 1999.

TYPOLOGIE FEU

« Le Ciel déséquilibre l'homme par le Climat. La Terre déséquilibre l'homme par l'alimentation. L'Homme se déséquilibre lui-même par son mental ». SU WEN

« Le Ciel déséquilibre l'homme par le Climat. La Terre déséquilibre l'homme par l'alimentation. L'Homme se déséquilibre lui-même par son mental » (Su Wen)

La MTC, identifie les « types d'Hommes » selon les typologies qui sont une classification de personnalités basée sur les faiblesses constitutionnelles de chacun et les moyens

FOCUS SUR UN POINT

SHEN MEN 7 C

« LA PORTE DE L'ESPRIT »

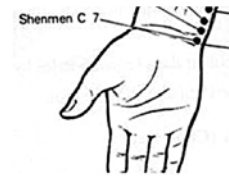


Figure 4 - Précis d'acupuncture chinoise. Académie de Pékin 1999.

► **LOCALISATION** sur la partie interne du pli de flexion antérieur du poignet, dans l'angle formé par le pisiforme et le cubital antérieur, dans la gouttière en dehors du tendon du muscle cubital antérieur.

► **FONCTION.** Les fonctions traditionnellement attribuées à ce point sont, en tant que point Yuan-Source et Shu du méridien, de calmer l'esprit, de pacifier le cœur, de clarifier les méridiens et d'agir comme un sédatif.

Ce point joue un rôle important sur le Shen dans son contrôle des émotions dans l'ensemble du système. Si l'élément Feu, n'est plus contrôlé, celui-ci envahit le corps faisant perdre à la personne sa stabilité émotionnelle.

► **SOULIÉ DE MORANT**

Point important pour les maladies de la personnalité et du cœur. Grand maître de tous les organes internes. Source du cœur. Logis de l'Évolué et de l'énergie sexuelle.

mis en œuvre pour les compenser. Différentes typologies sont décrites mais nous nous attardons ici à celle construite sur les cinq mouvements/éléments. La différence avec les morphotypes est la prise en compte de l'émotion principale qui motive la vie du patient.

Le Feu est le reflet de l'esprit, la conscience et l'unité de tous les êtres vivants. Le Cœur est lié à la parole, le type Feu manifeste sa relation à autrui au travers du langage. Il est sociable, vivant et spontané et favorise la communication et l'expression des idées et des sentiments.

Sa faiblesse constitutive est l'attachement au plaisir. Il va multiplier les options stimulantes dans sa vie pour ne jamais se retrouver face au vide. Il ne sait pas lâcher prise.

Morphologiquement, l'individu a un teint coloré, plutôt rougeâtre, sujet bon vivant, facilement ventripotent, c'est un individu « solide » avec les pieds sur terre. Il ne craint pas le froid. Sa main est longue avec des doigts fins.

Il s'agit d'une personne enthousiaste, joyeuse, optimiste. Elle recherche constamment de la stimulation. Elle s'arrange toujours pour avoir de multiples choix d'activités au cas où l'un d'eux déboucherait sur une impasse. Elle évite de s'engager dans une seule voie de peur d'être limitée. L'amour et le travail sont pour elle des aventures. Elle se tourne plutôt sur le futur que sur le passé. Elle « s'enflamme » facilement au premier contact si ce dernier lui apporte de la nouveauté. La « fascination » est un trait typique de caractère. Face à la souffrance, elle se réfugie dans les plaisirs de l'esprit en intellectualisant, en discutant et en planifiant. Il s'agit d'un

individu avec une imagination débordante, il est passionné, curieux et tout l'intéresse.

Lorsque la personne perd contact avec l'élément

La personne ressent une grande souffrance de cette perte entraînant un vide intérieur que rien ne peut remplir. Elle va chercher à la compenser par les biens matériels, le surmenage, les études, le pouvoir, le sexe, la drogue... La sensation de vide ne fera que s'accroître et l'individu risque la dépression et la perte de confiance en soi.

Feu Yin/Yang équilibré

Ardent et heureux, il vit dans un bon équilibre entre la spontanéité et la contemplation, l'hyperactivité et la sobriété, l'emballement et la sagesse. Il s'agit d'une personne éveillée spirituellement qui fait l'expérience de l'amour de soi et l'étend à autrui dans le calme et la paix.

Feu Yang

Personne hyperexcitable et agité, qui « brûle » trop vivement, sans contrôle. Elle présente un excès d'enthousiasme, est intarissable dans ses paroles et mène une activité sociale



L'excès de Yin entraînera la perte de son amour pour autrui et de sa joie de vivre. Il vit dans un sentiment de solitude et de tristesse, d'abandon et de perte avec le sentiment d'être mal aimé.

et sexuelle active. Maniaque, a tendance à dépasser ses propres limites jusqu'à l'épuisement voire la dépression.

Feu Yin

L'excès de Yin entraînera la perte de son amour pour autrui et de sa joie de vivre. Il vit dans un sentiment de solitude et de tristesse, d'abandon et de perte avec le sentiment d'être mal aimé.


Le Feu Yin vit dans le désir de l'impossible. Sa relation aux autres est difficile : entre désir et rejet. Il a un grand sens de l'esthétique. On observe chez lui une tristesse presque une dépression assez particulière car sa souffrance est littéralement sublimée en art. « *la vie est une pièce de théâtre dramatique* ».

Il se trouve « particulier » par rapport aux « gens ordinaires » avec une mise en scène de soi, proche de la personnalité hystérique.

À l'extrême il peut arriver qu'il vive en marge de la société pensant qu'elle ne le comprend pas. Peut sombrer dans l'addiction (alcool, drogues). •


Exemple de personnalités Feu Yin :

- Marilyn Monroe,
- Arthur Rimbaud.



École Universitaire de Maïeutique
Marseille Méditerranée
Aix-Marseille Université

JEUDI 18 OCTOBRE 2018
DE 13 H 00 À 18 H 30



medela

L'Université Aix Marseille
L'APHM et l'Hôpital St Joseph
En partenariat avec Medela

LIEU: Amphi Toga
Faculté de Médecine
Timone Marseille

LAIT MATERNEL, Santé et Environnement, Rythmes et Besoins, Accueil, Ecoute et Accompagnement, Retour à Domicile

13h00 Café d'accueil

13h30 Introduction

13h45 Aspect évolutionniste de l'allaitement maternel
Dr Alexandre Fabre

14h15 Le lait maternel et les 1000 premiers jours
Pr Laurent Storme (à confirmer)

15h00 Aspects socio-économiques du lait maternel
Dr Clotilde Desrobert

15h30 Questions/Réponses

16h00 Pause

16h30 Présentation Institutionnelle Medela
Brigitte Dumas - PDG

16h50 Freins de langue
Dr Jean-Michel Bartoli

17h10 Retour d'expérience d'une consultation
Allaitement en cabinet libéral
Dr Nicolas Falaise/Émilie Clady

17h50 Accueil et conseils en officine
Dr Michel Siffre

18h10 Sociologie de l'allaitement maternel en situation de précarité
PMI

18h30 Questions/Réponses

Conclusion

STAND MEDELA : Présentation des solutions d'aide à l'allaitement maternel

POUR S'INSCRIRE

Mail : marseille.medela@gmail.com

Fax : 01 69 16 10 32

Renseignements à fournir :
Nom, Prénom, Fonction, Coordonnées professionnelles (tel, adresse, mail...)

©Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA

29 | D.O. 482

SCIENCES HUMAINES

Rôle aux Urgences du Médecin référent des « Violences Faites aux Femmes »

PAR DR FRÉDÉRIQUE BROISIN-DOUTAZ* ET BERNARD MARC**

INTRODUCTION

Grâce au travail de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ^[1] et à l'implication grandissante des professionnel-le-s concerné-e-s, les violences subies par les femmes sont progressivement reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé et celle de leurs enfants. Face à ce constat, une prise en charge adaptée s'impose et se traduit par la mise en œuvre de politiques publiques dédiées dont celle relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes (plan violences 2014/2016) depuis le 25 novembre 2015, date de la circulaire n°DQOS/R2/MIPROF/2015/345 ^[2].

Ce référent « violences faites aux femmes » est désigné parmi les médecins du service des urgences ou du SMUR dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgences. Ce dernier a pour mission, entre autres, de sensibiliser le personnel des services hospitaliers sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

BILAN DES VIOLENCES VUES AUX URGENCES

En 2016, 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves et moins d'une sur cinq a porté plainte. On évalue à 93 000 femmes âgées de 18 à 75 ans les victimes de viol ou de tentatives de viol, ces dernières connaissaient dans 9 cas sur 10 leur agresseur et pourtant, moins d'une sur dix seulement a porté plainte ^[3].

En 2015, selon les estimations, 143 000 enfants vivaient dans un foyer où une femme déclarait y être victime de violences et 42 % avaient moins de 6 ans ^[3].

Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants. Carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passages environ par an sur toute la France ^[4], un accueil 24 heures/24, elles préservent une certaine forme d'anonymat et permettent la prise en charge des victimes, leur orientation, voire même un dépistage systématique par un questionnement simple.

* Dr Frédérique BROISIN-DOUTAZ : PH URGENCES/Hôpital Robert Ballanger. Référente violences faites aux femmes - Aulnay sous Bois (93). Participante au groupe d'expert.e.s pour la conception d'une fiche pratique à destination des professionnel.le.s urgentistes MIPROF dans le cadre de la Circulaire DQOS R2/MIPROF/2015/345 « Outils référent.e.s urgentes ».

** Dr Bernard MARC. Chef de service UMJ. Référent violences faites aux femmes, Grand Hôpital de l'Est Francilien (G.H.E.F.). Site de Marne-la-Vallée (77).

En dehors des situations de violences avérées ou déclarées, la façon la plus simple de repérer ces violences est le dépistage par le questionnement systématique...

Les conséquences sur la santé de ces femmes, en dehors des conséquences traumatiques directes au moment des coups (1 décès tous les 3 jours ^[5]) les font consulter aux urgences pour des pathologies médicales, psychiatriques (tentatives de suicide, conduites addictives, consommation de psychotropes, dépression) des pathologies gynéco-obstétricales (grossesse = facteur déclenchant) des déséquilibres de pathologies chroniques et consulter également pour leurs enfants qui sont impactés de la même manière, qu'ils reçoivent ou non des coups.

FORMATION ET ACTION DES MÉDECINS RÉFÉRENTS "VIOLENCES FAITES AUX FEMMES" AUX URGENCES

L'urgentiste se retrouve donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patiente. Il est indispensable qu'il soit sensibilisé et formé. En dehors des situations de violences avérées ou déclarées, la façon la plus simple de repérer ces violences est le dépistage par le questionnement systématique, questionnement bien accepté d'après différentes études scientifiques, et qui permet une prise en charge médicale adaptée.

Depuis la parution de la circulaire en novembre 2015, 690 médecins référents ont été nommés dans des services d'urgence, trois sessions de formation ont déjà eu lieu sous l'impulsion de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (M.I.P.R.O.F.) qui ont permis d'instruire 370 d'entre eux ^[6]. Un rappel est prévu pour les établissements non dotés, une journée « bilan » sera proposée également à ceux qui ont eu leur kit afin d'évaluer leurs pratiques, les éventuelles difficultés rencontrées et favoriser les échanges au niveau régional et national.

La formation du médecin référent « Violences faites aux femmes » a lieu au ministère de la Santé sur une journée complète avec remise d'un kit sous forme de documents

MOTS-CLÉS.

Violences faites aux femmes (VFF), Services des urgences, repérage/détection, prise en charge.

papers et vidéos sur clé USB. Ce kit permet que tous les médecins référents aient un socle commun de formation et qu'ils puissent s'en servir pour sensibiliser et former l'ensemble de leurs équipes dédiées. L'accueil de la patiente victime de violences a été décliné en treize étapes qui sont présentées par des professionnel·les de santé et par les intervenants du groupe d'experts qui ont pour mission d'explicitier les fiches réflexes établies et de présenter les expériences des établissements dans lesquels des choses ont été mises en place.

Il faut savoir que tous ces documents sont accessibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr

■ **La première étape** consiste à faire un constat et à colliger les signes et facteurs de risques. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences ni de symptomatologie typique puisque tous les retentissements sur la santé sont possibles (physique/santé psychique et comportements/santé sexuelle et reproductivité). Des signaux d'alertes doivent éclairer l'urgentiste comme le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime, les attitudes du conjoint, des enfants, ce dernier doit également faire le lien entre la symptomatologie passée et présente et se méfier des symptômes « écrans ».

■ **La deuxième étape** est le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents de façon simple et explicite, de la manière qui lui correspond le mieux pour être à l'aise. Toutes les recherches sur le sujet montrent que les femmes acceptent largement ce questionnement. Il est bien sûr important de préserver une confidentialité parfois, c'est vrai, difficile aux urgences où le temps imparti fait défaut et où le médecin est fréquemment dérangé.

De nombreuses femmes viennent accompagnées de leurs enfants (souvent en bas âge), il convient de leur expliquer les conséquences des violences psychologiques (témoins) et/ou physiques sur leurs enfants et de leur proposer une prise en charge adaptée

Il faut évidemment adopter une écoute active et bienveillante, la croire, l'écouter, la déculpabiliser, la valoriser, la soutenir, lui rappeler que la loi punit les violences, respecter ses choix et les accompagner. Il faut l'examiner de la même façon.

Le dossier médical doit retranscrire le maximum de renseignements en commençant par les données administratives de la patiente, le détail des faits, la description des lésions, les examens complémentaires et la prise en charge éventuelle d'un viol hors réquisition judiciaire.

Il est donc indispensable que l'urgentiste se soit, au préalable, mis en rapport avec les urgences médico-judiciaires de son secteur pour pouvoir y prendre des conseils, y adresser des patientes de façon plus fluide et avoir des retours éventuels.

Il faut évidemment adopter une écoute active et bienveillante, la croire, l'écouter, la déculpabiliser, la valoriser, la soutenir, lui rappeler que la loi punit les violences, respecter ses choix et les accompagner.

La victime doit être informée à sa sortie et orientée vers des réseaux de partenaires professionnels et associatifs. Il faut l'inviter à appeler le 3919 et à porter plainte quand elle sera prête uniquement.

À l'issue de l'examen, l'urgentiste doit établir un certificat médical descriptif, en 2 exemplaires, dont il existe un modèle dans le kit. La détermination de l'ITT peut être difficile, elle pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste, d'où la nécessité d'être le plus minutieux et le plus descriptif tant sur les lésions physiques que sur les conséquences psychologiques.

Ce certificat sera complété par tout traitement utile, avis spécialisé et arrêt de travail si nécessaire

Il est bien évidemment nécessaire d'évaluer la situation pour identifier le danger, les risques encourus et hospitaliser la patiente (et ses enfants éventuellement) si nécessaire.

Cette évaluation se fait sur **trois grands axes** :

- la vulnérabilité et la peur de la patiente,
- l'isolement et l'absence de personne ressource,
- l'agressivité potentielle de l'agresseur (antécédents judiciaires de violences envers les personnes ou de violences dans le couple, antécédents d'agressions sexuelles, possession d'armes, addictions, etc.).

La victime doit être informée à sa sortie et orientée vers des réseaux de partenaires professionnels et associatifs. Il faut l'inviter à appeler le 3919 ^[7] et à porter plainte quand elle sera prête uniquement. Parallèlement, l'urgentiste doit prévenir le service social ou un partenaire intra ou extra-hospitalier, ce qui nécessite aussi d'avoir fait un travail de recherche de contacts en amont. Il peut également proposer une consultation de suivi, le tout en lui donnant tous les documents nécessaires à ses démarches.

La mission du médecin référent « Urgences violences faites aux femmes » est donc complexe. Il doit, à la fois connaître les mécanismes et les conséquences des violences, savoir les dépister, les appréhender, savoir s'entourer de professionnels compétents et créer un réseau d'aval.

Il doit se signaler dans son établissement, organiser des temps de réflexion et de sensibilisation; il doit identifier les partenaires utiles tant au sein de son établissement qu'à l'extérieur; il doit mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement des supports de communication.

Il est en charge des pratiques protocoles et dispositifs mis en place au sein des urgences et doit faire le point des pratiques des autres services, notamment en gynéco-obstétrique et des urgences médico-judiciaires dont il dépend.

Un partenariat étroit doit être établi avec ces dernières, d'une part parce que parfois elles se trouvent au sein du même établissement, ce qui favorise pleinement l'échange et, d'autre part, parce qu'elles sont le lieu de passage obligatoire dès qu'il y a réquisition.

PERSPECTIVES POUR LES MÉDECINS RÉFÉRENTS “VIOLENCES FAITES AUX FEMMES” AUX URGENCES

L'urgentiste ne se substitue en aucun cas au médecin légiste ; son rôle est complémentaire étant donné l'ampleur du problème.

Certaines urgences médico-judiciaires ont créé des consultations sans réquisition pour les femmes de plus de 15 ans victimes de violences, ce qui paraît être une solution d'avenir dans la mesure où ces femmes s'adressent à des médecins légistes avec un temps dédié beaucoup plus adapté, une problématique connue et gérée, du personnel paramédical davantage sensibilisé, expériences appelées à se généraliser dans le cadre de l'Égalité homme-femme, « grande cause » du quinquennat ^[8].

Il est nécessaire de travailler en réseau, de se réunir, d'échanger les pratiques pour que ces femmes, où qu'elles soient, trouvent une réponse à leurs attentes et à leurs désarrois.

Chaque structure est complémentaire et le dépistage systématique doit se faire aux urgences dans la mesure où, lors d'un passage aux urgences médico-judiciaires, la révélation des violences est déjà établie.

« Protéger la mère c'est protéger l'enfant » ^[9]. Il va de soi que le médecin référent « Violences faites aux femmes » aux urgences devra agir en étroite collaboration, dans

« Protéger la mère c'est protéger l'enfant »

son établissement, avec le médecin référent des violences faites aux enfants qui devra être nommé avant dé-

cembre 2017 dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants ^[10].

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. *La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>. Consulté le 25 novembre 2017.
- [2] Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes. NOR: AFSH1528453C http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf. Consulté le 6 juin 2017.
- [3] *Enquêtes « Cadre de vie et sécurité »*. INSEE-ONDRP-SSMSI-2012/2017 <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html>. Consulté le 25 novembre 2017.
- [4] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. *Les établissements de santé, édition 2016*. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>. Consulté le 25 novembre 2017.
- [5] Ministère de l'intérieur/DGPN, DGGN, DaV. *Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [6] Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Formation des référent.e.s. « Violences faites aux femmes » des services d'urgence*. Dossier de presse. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/06/Dossier-de-presse-Formation-des-referents-violences.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [7] 3919 : « Violences femmes info » numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7 depuis le 01/01/2014.
- [8] Le Parisien. *Violences faites aux femmes : les mesures annoncées par Macron*. <http://www.leparisien.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-les-mesures-annoncees-par-macron-25-11-2017-7414530.php>. Consulté le 25 novembre 2017.
- [9] Durand E. *Violences conjugales et parentalité*. Éditions l'Harmattan, Paris, 2013.
- [10] République Française. *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019*. http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_ENFANTS_2017-2019.pdf. Consulté le 25 novembre 2017.

14 et 15 SEPTEMBRE 2018

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 Marseille

8^{es} RENCONTRES A DEUX MAINS
organisées par
Chantal FABRE-CLERGUE & Pierre MARÈS

Présidente d'honneur
Mireille BONIERBALE
Présidente de l'A.I.U.S.

Carole ZAKARIAN
Directrice de l'école de Maïeutique de Marseille

Dominique BONNEAU
Thérapies manuelles
Avignon

Programme et renseignements
www.lesbaleinesbleues.com
www.ra2m.fr

Allergan
Allergan apporte son soutien institutionnel au 8^{es} Rencontres A Deux Mains.

L'incroyable vie de Joice Heth, la nourrice de George Washington

PAR **JÉRÔME JANICKI**, DOCTEUR EN HISTOIRE DES SCIENCES DE L'EHESS, HISTORIEN DE LA MÉDECINE (D.U. PARIS DESCARTES) - LENS

Sûr de ses choix, le visiteur américain de passage à Paris a toujours plaisir à (re) découvrir la statue équestre du président Washington placée au centre de la place d'Iéna¹. L'Histoire connaît sa vie, toutefois, entre les pleins et les déliés de leurs biographies, nombre d'auteurs ont bien essayé de raconter l'histoire de la naissance de George Washington sans vraiment y parvenir. Qu'en sait-on réellement ?

Sarah Taylor dans un texte intitulé « *The birth of George Washington* » diffusé sur son site Internet², tenta de le faire, bien que les sources et les témoignages sont bien trop rares pour établir avec exactitude la grossesse de Madame George Washington mère, ou des premiers pas du futur homme d'État américain. Si, de nos jours, la grossesse ou les premiers pas d'un enfant sont immortalisés par des photos numériques ou des vidéos conservées dans des serveurs, il n'en était rien lorsque naquit George Washington. Si, de nos jours, sur les réseaux sociaux, les parents et les proches distribuent maintes poignées de bonnes formules ciselées pour les proches et les anonymes, il n'en était rien jadis.

La venue au monde de George Washington a cependant très longtemps été entretenue dans les mémoires par la plus grande manipulation de l'information connue dans l'Histoire et entretenue par Barnum en personne dont il émanait une assurance de manipulateur de la réalité hors-norme. Pour cela, en 1835, il s'amusa à présenter au public la seule, la vraie nourrice de George Washington âgée de... 161 ans. Elle s'appelait Joice Heth. Le public y crût. Nous proposons dans cette contribution un retour sur le destin de cette nourrice improbable.

NAISSANCE DE LA PLUS INTENSE PERSONNALITÉ DES ÉTATS-UNIS : GEORGE WASHINGTON

Le premier président américain, George Washington, est né dans le comté de Westmoreland³ dans le Northern Neck en Virginie le 22 février 1732 à dix heures du matin⁴. Fils d'Augustin Washington et de Mary Ball (1708-1789), George naquit deux ans après leur mariage.

Que sait-on de la grossesse de Mary Ball ? Pas grand-chose hormis ces informations transmises dans un article du *New York Times* qui donne une indication intéressante sur la grossesse de Mary⁵. L'article précisait qu'au cours du dernier mois de sa grossesse, elle reçut un choc psychologique violent qui faillit l'interrompre.



La statue équestre de George Washington, Place d'Iéna, Paris 16^e. Photo/MPS

Où George Washington est-il né ? D'après le grand oublié de l'Histoire, Alphonse Jouault, il est difficile de le préciser et ce fut « *peu de temps après sa naissance, qu'Augustin Washington s'installa dans sa propriété du comté de Stafford sur*

1. Une photographie de presse (Agence Rol) est présentée sur le site Internet de la BNF. C'est en 1732 qu'ouvrit le premier réel hôpital des États-Unis.
2. sarahsojourner.blogspot.fr
3. www.westmoreland-county.org
4. Le comté se trouve en Amérique du Nord. Rappelons que le premier enfant anglais né sur le sol américain s'appelait Virginie Dare. Fille d'Éléonore Dare et de John White, elle vit le jour le 18 août 1587.
5. Voici un court extrait de l'article du *New York Times* (<https://archive.nytimes.com>) consacré à la grossesse de Mary Washington. « *One summer Sunday afternoon, while the family was having dinner with guests from church, a thunderstorm rolled in. A bolt of lightning struck the house and traveled down the chimney and hit a young girl who was visiting the Washingtons for Sunday dinner. The electric current was so strong it fused the knife and fork she was using to cut her meat. She died instantly. The lightning hit with such force that it severely jolted the pregnant Mary Washington, who was sitting only a few feet away. From that time on, Mary Ball Washington, cringed and tried to hide whenever lightning passed overhead, burying her face in her hands. For the moment, she recovered, but she became increasingly fearful over the years. She was so happy a few months later when a strong, sound baby was born that she traveled around the Tidewater showing off George Washington to all his cousins for an entire month, before she even had him baptized* ». Il s'agit d'une reconstitution que Willard Sterne Randall publia en 1998 dans le livre *George Washington : a life* (New York, Henry Holt and company, LLC, 1997, 512 p.).

la rive orientale du Rappahannock en face de Fredericksburg ». De nos jours, un monument baptisé *George Washington Birthplace National Monument* pointe une maison dans laquelle George serait né ou, plus précisément, une fidèle réplique de la maison qui fut reconstruite après un sinistre ⁶. Le parc de cette propriété très visitée occupe une surface de 538 acres. En réalité, le lieu exact de la naissance de George Washington fit l'objet de nombreuses controverses parmi les historiens.

L'élargissement de l'enquête à des sources du XX^e siècle ne nous permit pas d'en savoir davantage. Par exemple, il n'y a pas un mot de sa naissance dans le catalogue de l'exposition organisée pour la commémoration du 150^e anniversaire de la Constitution américaine organisée à Paris en 1937. Pour nous plonger au cœur de sa venue au monde, il était nécessaire de faire confiance au témoignage de Joice Heth, entrée, disait-elle, au service des Washington en 1727. Elle déclarait à qui voulait l'entendre qu'elle avait assisté à la naissance de l'illustre personnage. Elle indiquait par ailleurs l'avoir emmaillotté juste après sa naissance. Quels souvenirs précis livrait cette femme âgée de 161 ans à ses visiteurs !

Par souci d'authenticité, une nouvelle étude qui suit l'ancien calendrier Julien modifia la date de naissance de George Washington pour la situer au 11 février. L'époustouflante Joice Heth se garda bien de préciser cette information à ses visiteurs. Nous savons en revanche que sa naissance le plaça au premier rang de la bonne société anglaise de l'époque. Il fut ainsi baptisé le 5 avril 1732 par le révérend Roderick McCulloch ⁷.

L'immense majorité des Américains ne connut cependant pas de si confortable début dans la vie. L'Histoire se souvient toutefois que, depuis 1716, la ville de New York imposait aux sages-femmes de posséder une « licence » pour exercer le métier car la grande majorité des femmes accouchaient au domicile ⁸.

LE PRESIDENTS' DAY

Ignorée durant des décennies, ce fut en 1879, sous la présidence de Rutherford B. Hayes, que le jour de la naissance de George Washington, c'est-à-dire le 22 février, fut célébré et devint un jour férié aux États-Unis. Puis, en 1968, le Congrès fixa cette commémoration au troisième lundi de chaque mois de février. Cette journée est devenue une journée de fête familiale aux États-Unis. En 2018, le *Presidents' Day* a été célébré le 19 février.

Puis, d'une décennie à l'autre, on porta l'accent sur les actes de George Washington, jusqu'à ce temps au cours duquel quelques historiens cassèrent ce bel équilibre en s'interrogeant sur une présumée stérilité de George Washington.

GEORGE WASHINGTON ÉTAIT-IL STÉRILE ?

Certains historiens ont proposé l'hypothèse que George Washington aurait souffert d'une « *attaque de tuberculose subie à l'âge de dix-neuf ans* »⁹, attaque qui l'aurait laissé stérile. Cependant, d'autres ont progressivement établi le fait que Washington aurait eu un fils. Après une première passion à l'âge de quinze ans, George Washington rencontra une jeune femme avec laquelle il devait se marier, mais le jour

À en croire Janet Allen, [...] le premier président aurait un fils, West Ford ancêtre de Janet (Allen) de son union qui dura au moins un an avec l'esclave Vénus

du mariage, elle rompit ses engagements puis il côtoya une femme dénommée Miss Carrey, amour qui fut platonique.

À ce sujet, la Virginia Historical Society diffusa une enquête d'Henry Wiencek intitulée « *An imperfect God : George Washington, his slave and the creation of America* », enquête qui trouva un écho le 11 novembre 1998 dans le quotidien *Libération*. La rédaction y publiait un article dans lequel elle indiquait que le président Washington aurait eu un fils avec « *une esclave noire. À en croire Janet Allen, [...] le premier président aurait un fils, West Ford ancêtre de Janet (Allen) de son union qui dura au moins un an avec l'esclave Vénus* »¹⁰.

Ces picaresques récits, truffés d'anecdotes imprécises et perverses, à savourer à petites doses, n'étaient rien à côté de la magistrale supercherie mise en place par le fameux Barnum, père des cirques du même nom, qui présenta au public américain la seule et unique nourrice de George Washington, âgée de 161 ans : il s'agissait de la célèbre Joice Heth.

JOICE HETH MÉRITE LA FAVEUR DES SURREALISTES

Benjamin Reiss, professeur assistant d'anglais à la Tulane University de la Nouvelle Orléans, consacra une grande partie de ses recherches à Barnum et, par conséquent, à Joice Heth. Après avoir publié en 2001 le livre *The Showman and the Slave : Race, Death and Memory in Barnum's America*, il enrichit sa thèse en consacrant en 2004 un nouveau savant article basé sur les rapports entre Phinéas Taylor Barnum et Joice Heth, la « nourrice de Washington »¹¹.

À l'époque où Barnum entendit parler de Joice Heth, la nourrice de George Washington était donc connue pour être âgée de 161 ans. Elle vivait dans le Kentucky et était au service du planteur M. R.-W. Lindsey. Elle déclarait à tous qu'elle était née à Madagascar en 1674.

L'histoire surréaliste que nous vous contons débute en 1835. Dans le livre intitulé *Les Mémoires de Barnum*, Phinéas Taylor Barnum (1810 – 1891) en personne présente un article du 15 juillet 1835 issu d'un journal de Pennsylvanie, dans laquelle la nourrice de Washington est présentée comme suit : « *CURIOSITÉS – Les habitants de la ville et des environs*

6. www.nps.gov – Le parc se situe au 1732 Popes Creek Road, Colonial Beach, VA 22443. Dans le Westmoreland sont aussi nés James Monroe et Robert E. Lee.

7. KERJAN Liliane, *George Washington*. Paris, Gallimard, 336 p.

8. www.womenhistoryblog.com

9. MASON Phil, *Hémorroïdes de Napoléon et 100 autres petites histoires qui ont fait la grande*. Paris, Opportun, 75 p.

10. « Une histoire. Washington aussi ». *Libération*, 11 novembre 1998 – www.libération.fr

11. REISS Benjamin, « PT. Barnum, Joice Heth et les débuts des spectacles « raciaux ». In. *Zoos Humains*, Paris, La Découverte, 2004, 490 p.

HISTOIRE

de Philadelphie sont avertis que l'occasion se présente pour eux de visiter à la Salle maçonnique un des phénomènes les plus rares qui aient jamais existé : c'est une négresse, âgée de cent soixante-et-un ans, qui a autrefois appartenu au père du général Washington. Elle fait partie de l'Église anabaptiste depuis cent soixante ans, connaît plusieurs hymnes particulières à cette secte religieuse, et les chante suivant l'ancien mode. Elle est née près des bords du fleuve Potomac, dans la Virginie, et a vécu pendant quatre-vingt-dix ou cent ans tant à Paris qu'au Kentucky, avec la famille Bowling. Tous ceux qui ont été à même de visiter cette femme extraordinaire ont eu sous les yeux des preuves qui ne leur permettent pas de mettre en doute le grand nombre de ses années. On a d'abord en effet, le témoignage de toute la famille Bowling, digne de toute créance ; mais on possède un acte de vente écrit et signé de la main même d'Augustin Washington, ainsi que plusieurs autres de nature à convaincre les plus incrédules »¹².

Assez vite cependant, certains doutèrent de la réalité de l'histoire et disaient que Joice Heth n'était qu'un automate créé par Maelzel et qu'un ventriloque la faisait parler.

Ainsi, comme chacun s'en doute, Barnum, intéressé par l'histoire de Joice Heth, décida de l'acheter pour la somme de mille dollars en juin 1835 après que l'histoire de cette femme lui ait été contée par R. W. Lindsay. Aussitôt, il présenta cette femme âgée au public. Pour la somme d'un dollar par visiteur, on se pressait au jardin Niblo de Broadway à New York pour l'apercevoir. Pour l'occasion, une brochure signée par Lyman fut imprimée pour accompagner la visite.

Assez vite cependant, certains doutèrent de la réalité de l'histoire et disaient que Joice Heth n'était qu'un automate créé par Maelzel et qu'un ventriloque la faisait parler¹³. Lisons cet extrait : « D'une voix cassée, elle évoquait le souvenir familier de son « cher petit George » indiquait le *Journal de Genève* du 7 janvier 1952.

Des témoignages de visiteurs ont été publiés à l'époque et conservés. Ainsi, on lit dans la *Revue étrangère de la littérature, des sciences et des arts* de 1836, le souvenir de la découverte de Joice Heth par une Française établie à New York.

« Il faut, ma chère amie, que je te parle d'un fait assez remarquable. Je viens de voir Joice Heth, nourrice ou plutôt bonne de George Washington. [...] Elle est âgée de 161 ans. Depuis 25 ans, elle a perdu la vue, et est obligée de rester couchée. Son ouïe est parfaitement conservée, elle parle avec beaucoup de facilité, et a une prononciation fort agréable. Elle entretient avec plaisir

les visiteurs des différentes anecdotes relatives à l'enfance de son ancien maître, comme elle appelle Washington. »¹⁴

Un siècle plus tard, l'histoire faisait encore couler de l'encre. Le 24 mars 1935, le quotidien *Le Petit Journal* annonçait par exemple à ses lecteurs : « *Demain dans Le Petit Journal, Joice Heth nourrice de George Washington [...] La parade des monstres à laquelle vous aurez l'impression d'assister en suivant le récit où Paul Gilson évoquera la vie du Prince des Mystificateurs, du Napoléon des Impresarii : Le Grand Barnum.* »¹⁵

BARNUM NE RÉUSSIT PAS À PRÉSENTER TRÈS LONGTEMPS AU PUBLIC JOICE HETH

En effet, après avoir été présentée durant sept mois, Joice Heth mourut à Bethel le 19 février 1836. À sa mort, Barnum n'arrêta cependant pas l'exploitation de la pauvre femme. Il poursuivit le spectacle en organisant une autopsie publique de cette dernière. L'autopsie fut réalisée par le docteur David Rogers devant une assistance de 1 500 personnes qui payèrent chacune 0,50 \$ pour assister à cette ultime représentation au cours de laquelle il s'agissait pour Barnum de déterminer l'âge exact de Joice Heth. L'autopsie conclut que cette dernière n'avait pas 161 ans et qu'elle était en fait octogénaire. Toute cette histoire ne fut en somme qu'une supercherie.

CONCLUSION

Cette histoire au jeu décalé mais mise en espace par Barnum suscita des débats en tout genre et piqua au jeu toute l'Amérique. Coupable de ce coup, scandaleux ou pas, au fond Barnum fascina les Américains et inventa une histoire autour de la naissance de George Washington.

À l'occasion du centenaire de sa naissance, le Congrès commanda une statue de George Washington. « Afin d'honorer le père fondateur, le Congrès commanda une statue au sculpteur américain Horatio Greenough pour la somme de vingt mille dollars. La représentation dénudée de Washington, vêtue d'une simple pièce de tissu autour de la taille, fut appelée *Venus of the Bath* par ses détracteurs et ne réconcilia pas les membres du Congrès avec l'art. »¹⁶

Depuis cette histoire, la naissance de George Washington n'a jamais cessé d'être commémorée à Paris. Centenaire de la Grande Guerre oblige, quelques photographies de presse de l'agence Rol montrent encore sur le site Internet de la BNF, Monsieur Sharp, l'ambassadeur des États-Unis, les troupes américaines et une foule réunie le 22 février 1918 en présence de nombreux officiels pour commémorer la naissance de George Washington¹⁷. •

12. BARNUM Phinéas Taylor, *Mémoires de Barnum*. Limoges, E. Ardant, 1881, p. 127.

13. Cf. le film *Le Grand Barnum* de 1935.

14. Chroniques. *Revue étrangère de littérature, des sciences et des arts*, 1836, tome XVIII, p. 67 et lire BOORSTIN Daniel, *Le triomphe de l'image : une histoire des pseudo-événements en Amérique*. LUX Éditeurs, 2012, 336 p.

15. *Le Petit Journal*, dimanche 24 mars 1935, 26 365,

16. Gérard SELBACH, « Esquisse d'une histoire des musées américains : naissance, croissance, missions et politique fédérale et locale ». *Revue Lisa*, vol. V, 1, 2007, pp. 58-91.

17. www.gallica.bnf.fr

FILLES DE LA MER

SARAH TARDY, MARY LYNN BRACHT

Il est parfois plus difficile de respirer en dehors de l'eau que dans les profondeurs des vastes océans... Sur l'île de Jeju, au sud de la Corée, Hana et sa petite sœur Emi appartiennent à la communauté haenyeo, au sein de laquelle ce sont les femmes qui font vivre leur famille en pêchant en apnée. Un jour, alors qu'Hana est en mer, elle aperçoit un soldat japonais sur la plage qui se dirige vers Emi. Aux deux filles on a maintes fois répété de ne jamais se retrouver seules avec un soldat. Craignant pour sa sœur, Hana rejoint le rivage aussi vite qu'elle le peut et se laisse enlever à sa place. Elle devient alors, comme des milliers d'autres Coréennes, une femme de réconfort en Mandchourie.

Ainsi commence l'histoire de deux sœurs violemment séparées. Alternant entre le récit d'Hana en 1943 et celui d'Emi en 2011, *Filles de la mer* se lit au rythme des vagues et dévoile un pan sombre et bouleversant de l'histoire de la Seconde Guerre mondiale en Asie. Au fil du récit, par la grâce de leurs liens indéfectibles, les deux héroïnes nous ramènent vers la lumière, où l'espoir triomphe des horreurs de la guerre.



Éditions Robert Laffont

432 Pages - Prix : 22 €

Format : 130 x 210 mm

Parution : février 2018

EAN : 978-2221197271

<https://www.lisez.com/robert-laffont/2>

BETTY BOOB

SCÉNARIO : VÉRO CAZOT

DESSIN : JULIE ROCHELEAU

PRIX DE LA BD FNAC 2018

Le parcours d'une reconstruction tout en tendresse et chargé d'espoir.

« Elle a perdu son sein gauche, son job et son mec. Elle ne le sait pas encore, mais c'est le meilleur jour de sa vie! ».

Betty est atteinte d'une tumeur au sein qui doit lui être enlevé. Elle est alors licenciée pour manque de conformité. Heureusement, une troupe de spectacles burlesques lui permet de se reconstruire en lui offrant l'opportunité de monter sur scène et de transformer le regard sur le cancer. Un album onirique et poétique sur le parcours d'une malade.



Éditions Casterman

184 pages - 22,8 x 30,3 cm

Couleur - Relié

ISBN : 9782203112407

www.casterman.com



6-7-8 JUILLET 2018

REIMS

15^e Congrès national de l'Association Nationale des Étudiants Sages-femmes

fr-fr.facebook.com/AnesfSageFemme

[AnesfSageFemme](https://anesfsagefemme.com)

27-28 SEPTEMBRE 2018

PARIS 3^e

Journées du Sénopôle Saint-Louis - Territoire Nord

eska.fr

14-15 SEPTEMBRE 2018

MARSEILLE

8^{es} Rencontres à Deux Mains

ra2m.fr

4-5-6 OCTOBRE 2018

PAU

Congrès INFOGYN

congres-infogyn.com

14 AU 20 OCTOBRE 2018

Semaine mondiale de l'Allaitement Maternel 2018. Thème :

"L'allaitement : Racines de Vies"

coordination-allaitement.org

10-11-12 OCTOBRE 2018

LYON

34^{es} Journées d'Études des Sages-Femmes Coordinatrices

www.ansfc.fr

15 NOVEMBRE 2018

PARIS

Journée Mondiale de l'Acupuncture Maison de l'UNESCO

wad-o.com

15 NOVEMBRE 2018

PARIS

Journée Mondiale de l'Acupuncture Maison de l'UNESCO

wad-o.com

16 NOVEMBRE 2018

TOMBLAINE (54)

1^{er} Colloque Grand Est

"Activité physique et Grossesse"

Contacts : l.galliot@chru-nancy.fr

ml.pichon@chru-nancy.fr

16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS

Congrès International de l'acupuncture - WSCDA (Cité des Sciences, Paris)

cerc-congres.com

24 NOVEMBRE 2018

PARIS

Les Rencontres de Port-Royal

relations-medicales.com

LES VIRUS HTLV-1/2

PAR ÉLODIE RAYNAUD

ÉPIDÉMIOLOGIE

- ▶ **HTLV-1** : 15 à 20 millions de personnes infectées dans le monde. Les principales zones d'endémie, avec une prévalence supérieure à 2 % dans la population adulte sont : le sud du Japon, les Caraïbes, l'Amérique centrale et du Sud, l'Afrique tropicale, le Moyen Orient et la Mélanésie. En France, la séroprévalence est de 3 % aux Antilles Françaises et en Guyane alors qu'en métropole la prévalence est de 0,003 % ^[1].
- ▶ **HTLV-2** : 1 à 3 millions de personnes infectées. Le virus est principalement endémique dans les populations amérindiennes d'Amérique, de rares populations de Pygmées et chez les toxicomanes aux drogues intraveineuses d'Amérique, d'Europe et d'Asie.

TRANSMISSION

- **Par voie sanguine** : transfusion, toxicomanie par voie intraveineuse principalement pour l'HTLV-2 ;
- **Par voie sexuelle** avec une transmission préférentielle dans le sens de l'homme à la femme ;
- **De la mère à l'enfant par l'allaitement, en particulier s'il est prolongé.** Le taux de transmissions de l'HTLV-1 est de 10 à 20 % après six mois d'allaitement. Il n'y a pas de transmission in utero.

MALADIES ASSOCIÉES À L'HTLV-1/2

▶ HTLV-1

- **La leucémie/lymphome T** de l'adulte survient en moyenne 40 à 60 ans après la primo-infection. On distingue plusieurs formes cliniques : leucémique, lymphomateuse, chronique et indolente. Les formes aiguës (leucémique et lymphomateuse) sont rapidement mortelles.
- **La myélopathie chronique** (paraparésie spastique tropicale) dont les premiers signes peuvent apparaître vers 40-50 ans. Cette forme survient préférentiellement chez les femmes. L'évolution est variable mais en général après dix ans d'évolution environ 50 % des patients présentent des séquelles invalidantes.

Seuls 2 à 5 % des individus infectés par le virus développeront l'une ou l'autre de ces maladies.

▶ HTLV-2

Il est associé à de très rares cas de prolifération de cellules lymphoïdes CD8 en particulier en cas de co-infection par le VIH. Il semblerait qu'il soit également associé à certaines formes de neuromyélopathies.

DIAGNOSTIC

Dépistage des anticorps par une technique immuno-enzymatique de type ELISA.

Technique de confirmation par Western Blot et différenciation sérologique.

Le dépistage sérologique est souvent automatisé et réalisé dans de nombreux laboratoires d'analyse médicale tandis que les techniques de confirmation ne sont disponibles que dans les laboratoires de référence. La mise en évidence directe du virus se fait préférentiellement par amplification génique (PCR) mais reste du domaine des laboratoires spécialisés.

TRAITEMENT

La leucémie/lymphome T de l'adulte est résistante aux poly-chimiothérapies usuelles

et de nombreux essais sont en cours pour le traitement de la myélopathie chronique. Le traitement symptomatique est essentiel.

PRÉVENTION

Aucun vaccin n'est actuellement disponible.

- Dépistage systématique des donneurs de sang.
- Emploi de seringues à usage unique chez les toxicomanes.
- Préservatifs si le partenaire est séropositif.
- Allaitement artificiel ou limitation de la durée de l'allaitement maternel à six mois si la mère est HTLV-1/2 positive.

HTLV ET GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Pas de dépistage systématique pendant la grossesse.

Dépistage systématique obligatoire pour le don anonyme et personnalisé de lait quelle que soit l'origine de la patiente.

L'association des lactariums de France recommande de dépister l'infection HTLV-1/2 si la femme enceinte souhaite allaiter et si elle est originaire d'une zone d'endémie. •

EN PRATIQUE

Vis-à-vis de l'infection à HTLV-1/2, en cas d'hospitalisation du nouveau-né en réanimation néonatale et que la mère exprime son désir d'allaiter ^[2] :

- ▶ **Si la sérologie maternelle HTLV-1/2 a été réalisée en cours de grossesse et qu'elle est négative** : la patiente peut réaliser un don de lait personnalisé à son enfant avec son propre lait sans délai.
- ▶ **Si on n'a pas de sérologie HTLV-1/2 disponible** : le nouveau-né peut recevoir du lait de lactarium provenant d'un don de lait anonyme ; la mère prélève son lait jusqu'à réception du résultat de sa sérologie HTLV-1/2, soit un délai de 2 à 7 jours.
- ▶ **Si la sérologie maternelle HTLV-1/2 est positive** : il est souhaitable d'informer les mères qui peuvent ensuite faire le choix d'allaiter. Il est recommandé que cet allaitement soit limité à trois ou six mois selon les pratiques. Quoi qu'il en soit, tant que l'allaitement direct ne sera pas possible, le lait maternel potentiellement infecté doit être conservé dans une enceinte froide distincte de celle des autres laits.

1. Aubry, P, Gauzière, B-N, Hoarau G.. *Infections par HTLV-1*. Med Trop.2016,1-3.

2. Rigourd, V, Meyer, V, Kieffer, F et al. *HTLV-1 et don de lait maternel*. Bull Soc pathol exot.2011 ; 104 : 205-8.

LES ACTES SEXISTES DURANT LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL

DES REMARQUES AUX VIOLENCES, LA NÉCESSITÉ DE RECONNAÎTRE, PRÉVENIR ET CONDAMNER LE SEXISME

EXTRAITS DU RAPPORT N° 2018-06-26-SAN-034, VOTÉ LE 26 JUIN 2018.

PAR DANIELLE BOUSQUET, PRÉSIDENTE DU HAUT CONSEIL À L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES
 GENEVIÈVE COURAUD, RAPPORTEURE, MARGAUX COLLET, CO-RAPPORTEURE

SYNTHÈSE

Lancé sur Twitter le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus de 7 000 témoignages de femmes en 24 heures dénonçant par exemple des propos porteurs d'injonction sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles. En 2015, des documents de la Faculté de médecine de l'Université Lyon-Sud sont publiés : ils révèlent qu'il est attendu, dans le cadre de leur formation, que les étudiant.e.s pratiquent des touchers vaginaux sur des patientes « endormies », donc sans leur consentement. Depuis, des lanceuses d'alertes ont relayé des témoignages de nombreuses maltraitances, propos sexistes et de violences, recouverts par le terme de « violences gynécologiques et obstétricales », un terme mobilisé depuis près d'une vingtaine d'années en Amérique latine – où plusieurs pays l'ont inscrit dans la loi – et dans le monde anglo-saxon.

Leur ampleur atteste du fait qu'il ne s'agit pas de faits isolés et appelle une prise de conscience et une action publique ambitieuse pour les combattre. Le 28 juillet 2017, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène SCHIAPPA, commande un rapport au Haut conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes sur la question des violences gynécologiques et obstétricales, afin d'« objectiver le phénomène » et d'« identifier des leviers pour améliorer la situation ».

Le suivi gynécologique et obstétrical, qu'est-ce que c'est ?

La gynécologie a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein (maladies de l'utérus, de l'ovaire, du sein, maladies sexuellement transmises), le dépistage des cancers gynécologiques par des frottis et des mammographies en collaboration avec des radiologues, la prise en charge du traitement de la stérilité, la régulation des naissances (contraception ou IVG) et le traitement des troubles de la ménopause. L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Pendant 9 mois, le HCE a entendu 25 professionnel.le.s de santé, représentant.e.s des ordres professionnels et de sociétés savantes, patient.e.s et associations, représentant.e.s de l'État, et la ministre des Solidarités et de la Santé, M^{me} Agnès BUZYN, dans le cadre de 19 auditions. Il en tire les conclusions suivantes.

De quoi parle-t-on ?

Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes.

Le HCE identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences :

- ▶ Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
- ▶ Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- ▶ Injures sexistes ;
- ▶ Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
- ▶ Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement ;
- ▶ Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Les actes sexistes sont courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes :

- ▶ 1 accouchement sur 5 donne lieu à une épisiotomie : 1 femme sur 2 sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie¹ ;
- ▶ Les taux d'épisiotomie – toutes grossesses confondues – sont très variables d'une maternité à l'autre, de 0,3 % (dans une maternité de type 3 – accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à 45 % (dans une maternité de type 1 – accueillant des grossesses normales ou à bas risque), selon la cartographie 2018 Le Monde/Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ;
- ▶ 6 % des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, cela représente par exemple 50 000 femmes pour l'année 2016² ;

Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s – de toutes spécialités – femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s.

Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves.

- ▶ 3,4 % des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins³.

Comment expliquer que les actes sexistes soient courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes ?

- ▶ La multiplicité d'occasions en comparaison avec d'autres suivis médicaux : le HCE estime qu'en moyenne, une femme va avoir 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie (frottis réguliers, renouvellement de contraception, interruptions volontaires de grossesse, consultations pré et post-accouchements...).
- ▶ L'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime de ces consultations, qu'il s'agisse :

- Des sujets abordés lors des consultations (sexualité, vie de couple, maternité, etc.) ;
- Des gestes pratiqués : toucher des seins (« palpation mammaire ») et du sexe, pénétra-

1. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements, situation et évolutions depuis 2000*. Novembre 2017.

2. COLLET Marc, *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. DREES, Études et résultats, n° 660, septembre 2008.

3. Données fournies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

tion vaginale par les doigts du professionnel de santé ou des instruments ;

- Des conditions dans lesquelles ils sont pratiqués : nudité complète le plus souvent, jambes écartées à hauteur de vue du médecin.

Ces caractéristiques du suivi gynécologique et obstétrical nécessitent une prise en charge adaptée, ce qui est insuffisamment le cas aujourd'hui. Ce défaut de prise en compte témoigne d'un défaut d'empathie plus particulièrement affirmé vis-à-vis des femmes.

Or, à ce jour, **la formation initiale et continue des professions médicales demeure centrée sur la technique**, au détriment de la relation humaine et du respect du consentement. L'obligation légale d'une formation sur les violences sexistes et sexuelles reste insuffisamment déployée et la formation continue insuffisante au regard des écarts entre les recommandations, élaborées notamment par la Haute Autorité de Santé, et les pratiques.

► **Cette spécialité médicale qui vise à accompagner les femmes dans la maîtrise de leur fécondité, échoue parfois à reconnaître leur pleine autonomie.**

- Cela s'inscrit dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter) ;

- Dans le mouvement féministe des années 70, certain.e.s médecins ont été de réel.e.s allié.e.s, mettant leurs savoirs au service de la volonté des femmes de maîtriser leur capacité reproductive (accès à la contraception, avortement clandestin) ;

► L'accouchement, longtemps impensé par les mouvements féministes, fait depuis peu l'objet de revendications liées à la critique de son hyper-médicalisation et à la volonté d'un accompagnement physiologique. Cette approche s'inscrit dans le sillage de nombreuses publications et mobilisations, ces dernières années, autour de la santé des femmes et de leur volonté d'autonomie et de libre choix.

► **Aujourd'hui, et en dépit de l'augmentation importante de la part des femmes dans le secteur médical, le sexisme y est encore très présent :**

- La répartition des spécialités reste très sexuée et les postes de décision, très majoritairement aux mains des hommes (ils représentent 90 % des membres du Conseil national de l'Ordre des médecins ; 89 % des doyen.ne.s des facultés de médecine ; 74 % des membres du bureau du Collège national des gynécologues et obstétriciens français et 100 % des membres du bureau, du Conseil d'administration, des présidents de comités, des présidents et secrétaires des commissions de l'Académie nationale de médecine) ;

- les relations femmes-hommes demeurent empreintes de sexisme : 86 % des internes de médecine (95 % des femmes et 68 % des hommes) déclarent avoir été exposé.e.s à du

sexisme ; près d'1 interne sur 10 déclare avoir été victime de harcèlement sexuel.

► **Les actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical sont encore largement impunis.** Les associations qui accompagnent des victimes – qu'elles soient spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales ou plus généralistes – font état des difficultés rencontrées par les femmes et les couples qui souhaitent engager une procédure, aussi bien auprès des organisations propres au système de soins qu'en justice.

- **Les femmes méconnaissent leurs droits.** Les dispositifs propres au système de soins (commission des usager.e.s ou instances disciplinaires) sont peu identifiés comme des interlocuteurs par les victimes, de même que le Défenseur des droits. Comme pour toutes les formes de violences sexistes et sexuelles, le dépôt de plainte et la procédure judiciaire sont souvent synonymes de « parcours de la combattante ».

- **Les procédures disciplinaires sont inadaptées.** En ce qui concerne particulièrement les violences sexuelles dans le cadre de la relation de soin : en 2016, l'Ordre des médecins a instruit 48 plaintes au niveau régional et rendu 15 décisions en appel au niveau national pour des faits relevant d'agressions sexuelles et de viols. Or, l'Ordre n'a, à ce jour, pas mis en place de procédure spécifique dédiée aux violences sexuelles et des réunions de conciliation sont organisées entre les victimes et leur agresseur désigné, alors même que la « Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique », ratifiée par la France en 2014, interdit formellement cette pratique en cas de violences faites aux femmes.

Comment agir ?

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes appelle à une prise de conscience des pouvoirs publics pour reconnaître les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.

RECOMMANDATIONS

Le HCE appelle à une prise de conscience des pouvoirs publics pour reconnaître les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi. Il énonce 26 recommandations articulées autour de trois axes :

AXE 1 > Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences

► **RECOMMANDATION 1 > Réaliser la première enquête de santé publique pour mieux connaître tant le suivi gynécologique des femmes** (âge moyen de la première consultation, fréquence de consultation, de frottis, d'examen vaginaux, de palpations mammaires...) que leur satisfaction quant à celui-ci (impression d'avoir été suffisamment informée des différents moyens de contraception, recueil du consentement avant un examen vaginal ou une palpation mammaire, etc.) ainsi que des actes sexistes éventuellement subis, dont les violences sexistes et sexuelles.

► **RECOMMANDATION 2 > Rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité** (selon la typologie des maternités I, II et III) relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement (césarienne, déclenchement, rupture artificielle de la poche des eaux, voie basse instrumentale, épisiotomie etc.).

► **RECOMMANDATION 3 > Mesurer la satisfaction des femmes quant à leur suivi obstétrical :**

- par le déploiement, par la DREES, d'une nouvelle enquête sur la satisfaction des usagères, qui soit élargie à l'ensemble des parcours des femmes : suivi de grossesse, aide médicale à la procréation, IVG, IMG, fausse couche...

- par l'intégration de questions spécifiques dans le questionnaire E-Satis diffusé par la Haute Autorité de Santé qui vise à mesurer la satisfaction et l'expérience des patient.e.s hospitalisé.e.s plus de 48 heures. Rendre ce questionnaire sexué et diffuser les résultats auprès des services concernés.

► **RECOMMANDATION 4 > Encourager la recherche académique sur les actes sexistes** durant le suivi gynécologique et obstétrical dans les projets financés par les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

► **RECOMMANDATION 5 > Intégrer la question des actes sexistes, dont les violences sexistes et sexuelles, durant le suivi gynécologique et obstétrical** dans les démarches développées par le ministère chargé de la Santé sur la pertinence des actes.

► **RECOMMANDATION 6 > Intégrer dans les soins pris en charge à 100 % par l'État** les soins dispensés suite à un antécédent obstétrical traumatique par des psychologues et psychiatres formé.e.s aux conséquences psychotraumatiques.

AXE 2 > Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical

► **RECOMMANDATION 7 > Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme et les violences sexuelles** au sein de la profession par des campagnes de prévention et des cellules d'écoute dédiées aux violences sexistes et sexuelles.

1 Former les professionnel.le.s de santé

► **RECOMMANDATION 8 > Renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales** pour prévenir les actes sexistes :

- rendre obligatoires et généraliser des modules sur les questions de bientraitance, de respect du consentement et sur les violences sexistes et sexuelles notamment à l'occasion de la réforme de la formation initiale des professions médicales ;
- intégrer ces thématiques dans les priorités de formations continues.

2 Définir des normes pour promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical respectueux et adapté

Rendre explicite, dans le droit, l'interdit des actes sexistes dans la relation de soin

► **RECOMMANDATION 9 >** Ajouter « leur sexe, identité de genre ou orientation sexuelle » à

l'article 7 du Code de déontologie médicale (article r.4127-7 du CSP) : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

► **RECOMMANDATION 10 > Introduire dans le Code de déontologie médicale l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique** de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s dans le cadre de la relation de soins.

Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques

► **RECOMMANDATION 11 > Élaborer et diffuser une recommandation globale de bonnes pratiques relatives au suivi gynécologique**, notamment concernant la première consultation, qui intègre les spécificités rencontrées par les femmes handicapées, lesbiennes et primo-arrivantes.

► **RECOMMANDATION 12 > Évaluer l'expérimentation des 8 maisons de naissance destinées aux accouchements physiologiques**, et en cas d'évaluation favorable, généraliser ce dispositif.

► **RECOMMANDATION 13 > Faire appliquer les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé** en matière de suivi gynécologique et obstétrical :

- par la mise en place de réunions dans les maternités à destination des soignant.e.s sur les dernières études et recommandations en matière de gynécologie et d'obstétrique ;
- par la transmission régulière de ces recommandations aux professionnel.le.s de santé, notamment via les organisations professionnelles et les sociétés savantes.

Permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers

► **RECOMMANDATION 14 > Augmenter significativement les moyens financiers et humains dévolus à la santé**, en particulier ceux consacrés aux maternités :

- dans le projet de loi de finances pour 2019 ;
- par la révision des décrets de périnatalité, identiques depuis 1998, afin de prévoir une augmentation des ressources humaines ;
- en anticipant les besoins démographiques en matière de soignant.e.s.

AXE 3 > Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

1 Par une information des femmes concernant leurs droits, tout au long de leur vie

► **RECOMMANDATION 15 > Mettre en place l'obligation, prévue par la loi depuis 2001, d'une éducation à la sexualité** dans les écoles, les collèges et les lycées publics et privés.

► **RECOMMANDATION 16 > Mettre à jour et diffuser** – par voie numérique et dans les centres de soins – un livret d'information relatif à la première consultation gynécologique (également disponible en langues étrangères et accessible aux personnes malvoyantes).

► **RECOMMANDATION 17 > Établir un carnet de maternité type** qui comprenne un module sur les droits des patientes et le généraliser à tous les établissements et aux professionnel.le.s de santé qui effectuent un suivi des grossesses en libéral (également disponible en langues étrangères et en braille).

► **RECOMMANDATION 18 > Permettre une plus grande implication des femmes dans le suivi de grossesse**, l'accouchement et la suite des couches via :

- la possibilité, pour les futurs parents, d'élaborer un projet de naissance précisant leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement, hors impératif médical ;
- la possibilité d'avoir recours à un.e interprète, choisi.e parmi les associations qui respectent le référentiel de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2017 : « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », pour les femmes primo-arrivantes et/ou qui ne maîtrisent pas la langue française.

► **RECOMMANDATION 19 > Généraliser l'entretien prénatal précoce (EPP)** et créer un entretien post-natal, pris en charge par la Sécurité sociale, qui permette aux femmes d'échanger sur le déroulement de leur accouchement.

► **RECOMMANDATION 20 > Rappeler l'obligation d'inscrire tous les actes pratiqués au dossier médical** de chaque parturiente.

► **RECOMMANDATION 21 > Informer les femmes concernant leurs droits** et les possibilités de recours en cas d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- lancer la première campagne d'information en direction du grand public rappelant les droits des patient.e.s, en présentant plusieurs situations où ceux-ci sont bafoués ;
- diffuser des informations sur les droits des patientes sur le site de l'Assurance maladie, dans le carnet de maternité et dans les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale, en s'appuyant

+ D'INFO

#PayeTonUterus

#PayeTonGyneco

Pour télécharger le rapport complet du HCE :

<https://bit.ly/2MvjtAy>



par exemple sur le Guide « *Accouchement: mes droits, mes choix* » de la Fondation des Femmes;

- faire connaître l'existence des commissions des usager.e.s et transmettre systématiquement toute déclaration aux services et soignant.e.s impliqué.e.s dans une optique d'amélioration de la qualité des soins;
- intégrer, dans les huit séances de préparation à la naissance, un temps dédié aux droits des patientes.

► **RECOMMANDATION 22 > Soutenir financièrement les associations** qui accompagnent des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, notamment dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical.

② **Par une plus grande implication des Ordres professionnels**

► **RECOMMANDATION 23 > Prévoir une procédure disciplinaire spécifique** d'examen des plaintes pour violences sexuelles, excluant toute médiation, conformément à la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite « Convention d'Istanbul ».

► **RECOMMANDATION 24 > Former les membres des chambres disciplinaires des ordres des sages-femmes et des médecins** à la prise en compte des violences sexistes et sexuelles.

③ **Par une meilleure réponse pénale concernant les pratiques sanctionnées par la loi**

► **RECOMMANDATION 25 > Systématiser la transmission à la justice des plaintes** formulées auprès des Ordres des médecins et des sages-femmes relatives à des pratiques réprimées par le Code Pénal, dès lors que la victime en a donné son accord.

► **RECOMMANDATION 26 > Renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s** sur les violences sexistes et sexuelles. •

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 29.06.18

Rapport du HCE : des pistes essentielles

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes salue le rapport publié par le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes portant sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Dès juillet 2017, le CNOF avait estimé que les violences obstétricales devaient faire l'objet d'une étude et que le ressenti des femmes ne devait en aucun être nié ou minimisé. Avec ce rapport, cette parole est désormais reconnue et certaines pistes ouvertes par le HCE présentent un intérêt certain, dont certaines rejoignent l'analyse de l'Ordre.

Ainsi, les propositions de l'instance visant à quantifier ce phénomène en se basant notamment sur le ressenti des femmes permettraient de placer l'usagère au centre des politiques de santé en dépassant les seules données chiffrées aujourd'hui disponibles. Dans son Livre Blanc – publié à l'occasion de l'élection présidentielle en 2016 – le Conseil national proposait justement la mise en place d'états généraux pour la santé génésique des femmes afin « d'améliorer la prise en charge des femmes par les professionnels de santé tout au long de leur vie ».

Le HCE appelle également à une responsabilisation des professionnels de santé via, notamment, un renforcement de la formation. Si les nombreux témoignages de femmes ayant subi des violences obstétricales révèlent une nécessité de voir évoluer certaines pratiques, l'Ordre estime que la bienveillance et l'humanité devraient être indissociables de l'exercice des professionnels de santé, au-delà des seules sphères de la gynécologie et de l'obstétrique. Le Conseil national tient cependant à rappeler que l'immense majorité des professionnels de santé est désireuse d'accompagner les patients avec bienveillance, malgré des conditions de travail unanimement reconnues comme éprouvantes et trop souvent critiques.

Dans son rapport, l'instance propose avec pertinence d'instaurer différentes mesures axées sur l'information des femmes, qui permettraient à celles-ci d'être actrices de leur santé. Le HCE recommande également que l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires soit réellement appliquée, une mesure faisant écho à une des propositions formulées par l'Ordre dans son Livre Blanc, « Faciliter la participation des sages-femmes dans les collèges et lycées à l'éducation à la vie affective et sexuelle ». L'Ordre proposait également d'instaurer un programme national sur cette thématique, qui aurait permis de sensibiliser les nouvelles générations à travers une consultation systématique proposée à tous les jeunes, garçons et filles.

Le HCE, constatant l'importance d'une prise en charge personnalisée, plaide également en faveur d'une généralisation des maisons de naissance, un projet soutenu depuis de nombreuses années par l'Ordre des sages-femmes. Ces structures représentent aujourd'hui la seule alternative à la prise en charge en maternité et permettent de répondre à la demande des femmes tout en démontrant les bénéfices d'un suivi personnalisé.

Le Haut Conseil estime également qu'une augmentation significative des moyens financiers et humains dévolus aux maternités est nécessaire et appelle également à une révision des décrets de périnatalité afin de prévoir une augmentation des ressources humaines. **L'Ordre des sages-femmes alerte depuis de nombreuses années les pouvoirs publics sur le manque de moyens dans les maternités et apporte son soutien inconditionnel à cette mesure, qui permettrait aux professionnels de santé d'accorder aux patients le temps qui leur est dû.**

Enfin, le Haut Conseil appelle à une évolution des instances disciplinaires des Ordres, ouvrant des pistes de réflexion qui nécessitent d'être étudiées de façon plus approfondie.

Aussi, le Conseil national espère que certaines des recommandations issues de ce rapport seront suivies d'effet afin de permettre aux femmes d'être les actrices centrales de leur parcours de soins et aux professionnels d'exercer leurs missions avec des moyens suffisants. •



Signature d'un nouvel accord avec la profession des sages-femmes

L'Assurance Maladie et les deux syndicats représentatifs des sages-femmes libérales, l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), ont signé le 29 mai 2018, un avenant important à la convention nationale des sages-femmes libérales (avenant 4).

Cet accord renoue le cadre conventionnel existant et va donc se substituer aux dispositions de la convention nationale signée le 11 octobre 2007 et à ses avenants ultérieurs (avenants 1 à 3).

Le texte répond à trois ambitions : organiser une **meilleure répartition géographique** des sages-femmes sur le territoire français, **renforcer les missions de prévention et de coordination des soins** assurées par ces professionnels de santé et **valoriser l'évolution de leur activité**.

Le gain pour les sages-femmes représente 22,1 M€, dont 20,7 M€ à la charge de la seule assurance maladie obligatoire.

1. Les mesures démographiques pour une meilleure répartition géographique

Si le nombre de sages-femmes croît en France (+ 8 % par an), cette hausse s'accompagne d'une répartition inégale sur le territoire : 17,5 % de zones sont considérées comme sous-dotées ou très sous-dotées et 12,5 % sont au contraire sur-dotées ; ainsi, la densité en sages-femmes varie de 283 sages-femmes en Seine-Saint-Denis à 1 158 sages-femmes en Martinique pour 100 000 naissances domiciliées. L'accord vise donc à une répartition de ces professionnels de santé plus équilibrée sur le territoire.

Pour cela, le texte conventionnel prévoit deux leviers d'action : d'un côté, des dispositifs incitatifs¹ pour encourager l'installation ou maintenir l'activité des sages-femmes dans les zones sous-dotées, avec notamment des aides financières à l'installation pouvant aller jusqu'à 28 000 euros, voire même 38 000 euros dans le cadre d'une première installation. De l'autre, l'accord entérine le maintien du principe actuel de conventionnement régulé dans les zones déjà sur-dotées, conditionnant toute nouvelle installation d'un professionnel au départ d'un autre.

2. Des missions de prévention, de coordination des soins renforcées et mieux valorisées

L'avenant n° 4 maintient et renforce la participation des sages-femmes à la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique, en valorisant leur rôle en termes de suivi des patientes mais aussi en matière de prévention et d'information sur la contraception auprès des jeunes filles qu'en matière de prévention des comportements et situations à risques pendant la grossesse.

Pour ce faire, l'accord prévoit l'ouverture aux sages-femmes de la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de Contraception et Prévention), valorisée à hauteur de 46 euros.

Il prévoit également la création d'un **acte de prévention** (code SF 12,6) valorisé à hauteur de 35,28 euros, à réaliser à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée. Celui-ci doit permettre aux sages-femmes d'informer précocement les patientes des changements dans leurs comportements afin de prévenir certains risques, notamment infectieux, ou liés au tabagisme et à la consommation d'alcool.

L'accord vise également à soutenir la poursuite du programme d'accompagnement des femmes qui viennent d'accoucher, après leur retour à domicile, dans le cadre du programme Prado lancé en 2010 et qui connaissent un important succès (plus de 1 500 000 femmes ont été accompagnées depuis sa mise en place, avec un taux de satisfaction de 94 % en 2017). Par ailleurs, il prévoit la généralisation de l'accompagnement dit "sorties précoces" des femmes qui viennent d'accoucher, possible dès deux jours après l'accouchement dès lors qu'il s'est fait par voie basse et sans complications. Ces mesures entreront en vigueur en janvier 2019.

CHIFFRE-CLÉ
5 426
sages-femmes
en libéral en 2016

3. Une valorisation de leurs missions

Les révisions de tarifs valorisent les nouvelles missions prises en charge par les sages-femmes, que ce soit via une convergence des tarifs pour les actes à compétence partagée entre les médecins et les sages-femmes ou via des revalorisations d'actes renforçant l'accès aux soins et au service d'objectifs de prévention. Ainsi, l'avenant 4 prévoit d'ouvrir la consultation pour les jeunes filles (CCP) aux sages-femmes et **les échographies du petit bassin féminin aux sages-femmes formées à cette pratique**².

Il prévoit aussi d'augmenter les tarifs des modificateurs pour une prise en charge en urgence des patientes à hauteur de 40 euros le dimanche et les jours fériés, de 50 euros entre 20 h 00 et minuit et de 80 euros entre minuit et 8 h 00 du matin, pour les actes d'accouchement et de surveillance du travail.

L'accord prévoit enfin des revalorisations pour des actes considérés comme clés : c'est le cas pour les consultations (25 M€) et les visites à domicile mais aussi les actes de rééducation périnéale (21 €) ou l'observation et la prise en charge d'une grossesse pathologique (43,70 € pour une grossesse simple et 63,30 € pour une grossesse multiple).

La mise en place de ces mesures se fera à partir de janvier 2019.

À propos de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (Uncam)

Instance créée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004, l'Uncam regroupe les différents régimes d'assurance maladie. Elle a pour mission de conduire la politique conventionnelle, définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins. Elle est dirigée par Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

Le Conseil de l'Uncam, composé de douze membres et présidé par M. William Gardey, président du Conseil de la Cnam, délibère sur les orientations de l'Uncam dans les domaines de sa compétence et sur les participations financières demandées aux assurés, ainsi que sur les avis concernant les projets de loi et de textes réglementaires qui lui sont soumis.

1. À noter, les différents contrats ne sont pas cumulables.

2. Sous réserve de l'intégration à la CCAM de l'activité des sages-femmes portant sur ces échographies et de l'adoption par l'UNCAM d'une décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale

#vieconventionnelle

#sages-femmes #prévention #Prado

DÉCRET N° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

NOR: SSAH1807248D

Publics concernés : étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé régies par la quatrième partie du code de la santé publique; établissements de formation des professionnels de santé; établissements primaires, secondaires et de l'enseignement supérieur; agences régionales de santé; académies.

Objet : service sanitaire par les étudiants de formation de santé.

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le service sanitaire vise à diffuser, partout sur le territoire, et notamment à destination de publics en situation de précarité, des actions de prévention conduites par des étudiants en santé. Dans chaque région, un comité régional, coprésidé par le directeur général d'agence régionale de santé et le recteur, est chargé de déterminer la stratégie visant à assurer la mise en œuvre du service sanitaire, qui s'appuie également sur un pilotage national par un comité national.

Références : les dispositions du code de la santé publique, modifiées par le décret, sont consultables sur le site Légifrance (www.legifrance.gouv.fr).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment son livre VI;

Vu le code de la santé publique, notamment sa quatrième partie;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 20 mars 2018;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 27 mars 2018;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes du 5 avril 2018,

DÉCRÈTE

ARTICLE 1

Au livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, il est créé un titre VII ainsi rédigé :

« Titre VII - Le service sanitaire des étudiants en santé »

Art. D. 4071-1.- Le service sanitaire contribue à la promotion de la santé, notamment à la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il répond aux enjeux de santé publique de promotion des comportements favorables à la santé et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Il permet la formation des futurs professionnels de santé et renforce leur sensibilisation à ces enjeux en assurant leur maîtrise des connaissances et compétences nécessaires.

Art. D. 4071-2.- Les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé régies par la quatrième partie du présent code, effectuent un service sanitaire lorsque le texte portant organisation de leur formation le prévoit.

« Le service sanitaire vise à former ces étudiants aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires, notamment les élèves des établissements primaires, secondaires et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur. Il comprend la préparation de ces actions, l'acquisition de connaissances et compétences pédagogiques spécifiques, la réalisation encadrée des actions ainsi que leur évaluation tant auprès du public concerné qu'au sein de la formation suivie.

Le service sanitaire est organisé au sein de chaque formation sous la forme d'une ou plusieurs unités d'enseignement composées de temps de formation théorique et pratique et donne lieu à validation et à attribution de crédits européens dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Art. D. 4071-3.- Les actions menées dans le cadre du service sanitaire privilégient les thématiques relevant d'enjeux prioritaires de prévention en santé, notamment l'alimentation, l'activité physique, les addictions, la santé sexuelle.

Les objectifs pédagogiques, les compétences à acquérir, l'organisation générale et les modalités de mise en œuvre et de suivi du service sanitaire sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la défense.

Art. D. 4071-4.- Le directeur général de l'agence régionale de santé et le recteur de la région académique président un comité régional stratégique du service sanitaire. Celui-ci, qui réunit des représentants des acteurs concourant à la réalisation du service sanitaire, a pour mission de définir la stratégie de mise en œuvre du service sanitaire, consistant notamment à :

- dresser la liste des thématiques d'actions de prévention à partir des thématiques prioritaires mentionnées au premier alinéa de l'article D. 4071-3 et de celles qui seront identifiées comme pertinentes au regard des spécificités du territoire;
- identifier les publics auprès desquels le service sanitaire peut être effectué à partir des publics prioritaires mentionnés au deuxième alinéa de l'article D. 4071-2 et de ceux qui seront identifiés comme pertinents au regard des spécificités du territoire;
- veiller à faciliter la mise en œuvre de l'interprofessionnalité et de la pluridisciplinarité dans la réalisation des actions du service sanitaire;
- s'assurer d'une répartition équilibrée de la réalisation des actions du service sanitaire sur le territoire;
- présenter chaque année auprès du comité mentionné à l'article D. 4071-7 le suivi et l'évaluation des actions réalisées.

Art. D. 4071-5.- Une convention est signée entre l'établissement d'enseignement des étudiants et chaque structure d'accueil où le

service sanitaire est effectué, pour chaque action du service sanitaire. Un exemplaire de la convention signée est notifié à chaque étudiant qui en prend connaissance et la signe préalablement à la réalisation de l'action de service sanitaire dans laquelle il est engagé.

Une convention type est établie par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la défense. Cette convention type prend en compte les spécificités des étudiants en santé et des structures d'accueil militaires, relevant de l'autorité du ministre de la défense.

Art. D. 4071-6.- Les étudiants en santé perçoivent, pour la réalisation du service sanitaire, l'indemnité de frais de transport ou bénéficient de la prise en charge des frais de transport, dans les conditions et modalités prévues par les dispositions réglementaires relatives à l'accomplissement des stages durant leur formation.

Les étudiants inscrits au diplôme de formation générale en sciences médicales perçoivent, pour la réalisation du service sanitaire, une indemnité forfaitaire de transport calculée selon les modalités prévues au 2° de l'article D. 6153-58-1 du code de la santé publique. Cette indemnité est reversée par l'université à l'étudiant. Un arrêté des ministres en charge de la santé, du budget et de l'enseignement supérieur en fixe le montant et les modalités de versement.

Les étudiants en santé militaires ne bénéficient pas de cette indemnité.

Art. D. 4071-7.- Un comité national de pilotage et de suivi du service sanitaire est coprésidé par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou par une personnalité qualifiée désignée par eux.

Le comité national est chargé du suivi de la mise en œuvre du service sanitaire et de l'évaluation du dispositif. »

ARTICLE 2

Au chapitre premier du titre III du livre VI du code de l'éducation, il est créé une section ainsi rédigée :

« Section 4 - Service sanitaire »

Art. D. 631-23.- Les étudiants en santé effectuent un service sanitaire dans les conditions prévues par les dispositions des articles D. 4071-1 et suivants du code de la santé publique. »

ARTICLE 3

La ministre des armées, la ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 12 juin 2018.

Par le Premier ministre : Édouard Philippe

Parenteral opioids for maternal pain management in labour

BACKGROUND

Parenteral opioids (intramuscular and intravenous drugs including patient-controlled analgesia) are used for pain relief in labour in many countries throughout the world. This review is an update of a review first published in 2010.

OBJECTIVES:

To assess the effectiveness, safety and acceptability to women of different types, doses and modes of administration of parenteral opioid analgesia in labour. A second objective is to assess the effects of opioids in labour on the baby in terms of safety, condition at birth and early feeding.

SEARCH METHODS

We searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, ClinicalTrials.gov, the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (11 May 2017) and reference lists of retrieved studies.

SELECTION CRITERIA

We included randomised controlled trials examining the use of intramuscular or intravenous opioids (including patient-controlled analgesia) for women in labour. Cluster-randomised trials were also eligible for inclusion, although none were identified. We did not include quasi-randomised trials. We looked at studies comparing an opioid with another opioid, placebo, no treatment, other non-pharmacological interventions (transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)) or inhaled analgesia.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Two review authors independently assessed trials for inclusion and risk of bias, extracted data and checked them for accuracy. We assessed the quality of each evidence synthesis using the GRADE approach.

MAIN RESULTS

We included 70 studies that compared an opioid with placebo or no treatment, another opioid administered intramuscularly or intravenously or compared with TENS applied to the back. Sixty-one studies involving more than 8 000 women contributed data to the review and these studies reported on 34 different comparisons; for many comparisons and outcomes only one study contributed data. All of the studies were conducted in hospital settings, on healthy women with uncomplicated pregnancies at 37 to 42 weeks' gestation. We excluded studies focusing on women with pre-eclampsia or pre-existing conditions or with a compromised fetus. Overall,

the evidence was graded as low- or very low-quality regarding the analgesic effect of opioids and satisfaction with analgesia; evidence was downgraded because of study design limitations, and many of the studies were underpowered to detect differences between groups and so effect estimates were imprecise. Due to the large number of different comparisons, it was not possible to present GRADE findings for every comparison. For the comparison of intramuscular pethidine (50 mg/100 mg) versus placebo, no clear differences were found in maternal satisfaction with analgesia measured during labour (number of women satisfied or very satisfied after 30 minutes: 50 women; 1 trial; risk ratio (RR) 7.00, 95 % confidence interval (CI) 0.38 to 128.87, very low-quality evidence), or number of women requesting an epidural (50 women; 1 trial; RR 0.50, 95 % CI 0.14 to 1.78; very low-quality evidence). Pain scores (reduction in visual analogue scale) (VAS) score of at least 40 mm: 50 women; 1 trial; RR 25, 95 % CI 1.56 to 400, low-quality evidence) and pain measured in labour (women reporting pain relief to be "good" or "fair" within one hour of administration: 116 women; 1 trial; RR 1.75, 95 % CI 1.24 to 2.47, low-quality evidence) were both reduced in the pethidine group, and fewer women requested any additional analgesia (50 women; 1 trial; RR 0.71, 95 % CI 0.54 to 0.94, low-quality evidence). There was limited information on adverse effects and harm to women and babies. There were few results that clearly showed that one opioid was more effective than another. Overall, findings indicated that parenteral opioids provided some pain relief and moderate satisfaction with analgesia in labour. Opioid

drugs were associated with maternal nausea, vomiting and drowsiness, although different opioid drugs were associated with different adverse effects. There was no clear evidence of adverse effects of opioids on the newborn. We did not have sufficient evidence to assess which opioid drug provided the best pain relief with the least adverse effects.

AUTHORS' CONCLUSIONS

Though most evidence is of low- or very-low quality, for healthy women with an uncomplicated pregnancy who are giving birth at 37 to 42 weeks, parenteral opioids appear to provide some relief from pain in labour but are associated with drowsiness, nausea, and vomiting in the woman. Effects on the newborn are unclear. Maternal satisfaction with opioid analgesia was largely unreported. The review needs to be examined alongside related Cochrane reviews. More research is needed to determine which analgesic intervention is most effective, and provides greatest satisfaction to women with acceptable adverse effects for mothers and their newborn

Smith LA, Burns E, Cuthbert A.

COCHRANE DATABASE SYST REV. 2018 JUN 5; 6: CD007396. DOI: 10.1002/14651858.CD007396.PUB3

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Pain relief: soulagement de la douleur - *Early feeding*: alimentation précoce - *Labour*: travail - *To assess*: évaluer - *To check*: vérifier - *Accuracy*: justesse/précision - *The back*: le dos - *Studies were underpowered*: les études n'avaient pas assez de puissance - *Adverse effects*: effets secondaires - *Evidence*: preuve.

Hormonal contraception and breast cancer

ABSTRACT

The recent Danish cohort study reported a 20 % increased risk of breast cancer among current and recent hormonal contraception users. These results are largely consistent with previous studies. This study did not report on stage of disease at diagnosis and it is not clear to what extent the apparent increased risk may be due to a small advance in the timing of diagnosis. This study did not report on the risk associated with the use of a 20-µg ethinyl estradiol pill. They did find an increasing risk in current users of longer duration and an increased risk with use of the levonorgestrel intrauterine system-both

of these potentially important findings have not been consistently found in previous studies and require further investigation. The breast cancer effects described now in multiple studies wane with time, and in the long-term hormonal contraception use has been found not to be associated with any increased total cancer risk.

Westhoff CL, Pike MC.

AM J OBSTET GYNECOL. 2018 MAY 17. PII: S0002-9378 (18) 30247-3. DOI: 10.1016/J.AJOG.2018.03.032

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Increased: augmenté - *Breast cancer*: cancer du sein - *Stage*: stade - *Wane*: diminuer.

Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health

ABSTRACT

A woman who is healthy at the time of conception is more likely to have a successful pregnancy and a healthy child. We reviewed published evidence and present new data from low-income, middle-income, and high-income countries on the timing and importance of preconception health for subsequent maternal and child health. We describe the extent to which pregnancy is planned, and whether planning is linked to preconception health behaviours. Observational studies show strong links between health before pregnancy and maternal and child health outcomes, with consequences that can extend across generations, but awareness of these links is not widespread. Poor nutrition and obesity are rife among women of reproductive age, and differences between high-income and low-income countries have become less distinct, with typical diets falling far short of nutritional recommendations in both settings and especially among adolescents. Several studies show that micronutrient supplementation starting in pregnancy can correct important maternal nutrient deficiencies, but effects on child health outcomes are disappointing. Other interventions to improve diet during pregnancy have had little effect on maternal and newborn health outcomes. Comparatively few interventions have been made for preconception diet and lifestyle. Improvements in the measurement of pregnancy planning have quantified the degree of pregnancy planning and suggest that it is more common than previously recognised. Planning for pregnancy is associated with a mixed pattern of health behaviours before conception. We propose novel definitions of the preconception period relating to embryo development and actions at individual or population level. A sharper focus on intervention before conception is needed to improve maternal and child health and reduce the growing burden of non-communicable diseases. Alongside continued efforts to reduce smoking, alcohol consumption, and obesity in the population, we call for heightened awareness of preconception health, particularly regarding diet and nutrition. Importantly, health professionals should be alerted to ways of identifying women who are planning a pregnancy.

Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, Poston L, Barrett G, Crozier SR, Barker M, Kumaran K, Yajnik CS, Baird J, Mishra GD

LANCET. 2018 MAY 5; 391 (10132): 1830-1841

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Low-income : faible revenu - **Subsequent** : ultérieur - **Behaviours** : comportement - **Links** : lien, relation - **Widespread** : répandu - **Diseases** : maladies.

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.**

✉ congres@eska.fr



FORMATIONS ANSFL 2018

Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES
EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

Intervenantes :
Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)

Date et lieu :
Organiser un groupe : contactez-nous

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS

Intervenante : Nicole Andrieu (SF) •

Session I
Dates : 4-5 juil à Dole (39) - 17-18 sept à Paris 14^e - 3-4 oct à Lyon (69) - 24-25 oct - à Angers (49) - 5-6 nov à Lille (59)

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION

Intervenante : Annie Sirven (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• Session I : Date : 16-17-18 oct 2018
• Session II : Date : 2019
(Pré-requis : session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date : 15 nov 2018 à Paris 15^e

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date et lieu :
Organiser un groupe : contactez-nous

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu :
Organiser un groupe : contactez-nous

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu :
Organiser un groupe : contactez-nous

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

• Session I : Découverte
Date et lieu :
Organiser un groupe : contactez-nous

• Session II : Les pathologies urinaires
Date : 21-22 juin 2018 (Pré requis : session I)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme

Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre
Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I : Prénatal
Dates : 27-28 sept 2018
Lieu : Marseille
11-12 oct 2018 - Lieu : Essonne (91)

• Session II : Postnatal
Dates : 24-25 janvier 2019
Lieu : Marseille
7-8 février 2019 - Lieu : Essonne (91)

Toutes nos formations : FIF-PL

Contact Formation ANSFL : Martine Chayrouse
formation@ansfl.org - Tél. : 07 82 19 11 59

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser
AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT. ✉ congres@eska.fr

Association Nationale Natation & Maternité
 PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE
 ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES
 EN MILIEU AQUATIQUE
 Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal : les 22, 23, 24 octobre 2018
 - Stage postnatal : le 25 octobre 2018

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
 Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr
 Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Calendrier 2018

Connaissance & Maîtrise du Périnée
 de Dominique Trinh Dinh
 Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1^{re} et 2^e étapes présentiels (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

Niveau 1

- Nanterre (92) - Espace Chevreul
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
 - du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
 Formatrice: Corinne Roques
 - prochaines dates à venir

Niveau 2

- Vergèze (30) - La Clé des Chants
 Formatrice: Corinne Roques
 - du 11 au 14/09/18 et du 9 au 12/10/2018
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
 Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
 - du 1^{er} au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018
- La Réunion - Cogohr
 Formatrice: Corinne Roques
 - Novembre 2018 : dates à définir
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
 Formatrice: Corinne Roques
 Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
 Formatrice: Anne-Françoise Sachet
 - du 17 au 19 septembre 2018

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem
 ☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr
 Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim
 🌐 www.institutnaissanceetformations.fr
 Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL

N'féraïdo®
 modelages
 accompagnant
 la Bientraitance

OUI À LA BIEN TRAITANCE OBSTÉTRICALE

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de

Cycle I : La grossesse, l'accouchement et le post-partum

Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris
 Cycle I : 5 au 7 nov 2018
 Cycle II : 8 au 10 nov 2018
 * D.Jacquin D.O.

Dates Agen
 Cycle I : nouvelles dates à venir
 Cycle II : 21 au 23 nov 2018

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
 Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris
 8 au 10 octobre 2018

Dates Agen
 19 au 21 sept 2018
 ** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant
 Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
 Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com



Charte éthique de bonne pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 5 jours / 35 H
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme 3 jours / 21 H
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress 4 jours / 28 H

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 5 jours / 35 H
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence 3 jours / 21 H
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance 4 jours / 28 H
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité 3 jours / 21 H
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel 2 jours / 14 H
- Quickstart en hypnose 3 jours / 21 H
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien 5 jours / 35 H



CERTIFICATION TECHNICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ

98 HEURES DE FORMATION



CERTIFICATION PRATICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ

Au total 203 HEURES DE FORMATION comprenant la certification Technicien

Retrouvez toutes nos formations , lieux & dates sur www.medicformation.fr



contact@medicformation.fr



01 40 92 72 33

Medic Formation , 79 rue de Sévres, 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

N° de déclaration d'activité: 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOXEJO / Intercertif-oref Réf : OF-11646

Spécial Sage-Femme

Homéopathie en Périnatalogie 2018-2019

- formation initiale sur 5 journées
- coût de la formation : 500 €
- 11 lieux à travers la France

AIX EN PROVENCE

Samedis : 26/01/19 - 02/03/19 - 30/03/19 - 18/05/19 - 22/06/19

BESANÇON

Samedis : 12/01/19 - 09/02/19 - 09/03/19 - 06/04/19 - 18/05/19

BORDEAUX

Samedis : 13/10/18 - 08/12/18 - 09/02/19 - 23/03/19 - 18/05/19

BOURGES

Samedis : 12/01/19 - 02/03/19 - 30/03/19 - 18/05/19 - 15/06/19

BREST

Samedis : 24/11/18 - 12/01/19 - 02/03/19 - 30/03/19 - 25/05/19

ÉPINAL

Samedis : 26/01/19 - 02/03/19 - 30/03/19 - 18/05/19 - 15/06/19

LILLE

Samedis : 29/09/18 - 17/11/18 - 08/12/18 - 12/01/19 - 02/03/19

LYON

Samedis : 17/11/18 - 12/01/19 - 09/02/19 - 09/03/19 - 06/04/19

PARIS

Samedis : 13/10/18 - 01/12/18 - 12/01/19 - 16/02/19 - 30/03/19

ROUEN

Samedis : 26/01/19 - 02/03/19 - 30/03/19 - 18/05/19 - 15/06/19

TOULOUSE

Samedis : 08/12/18 - 19/01/19 - 16/02/19 - 23/03/19 - 18/05/19

Les perfectionnements

- formation sur 1 journée
- 4 thèmes spécifiques
- 9 lieux

- **Allaitement maternel et artificiel** Lyon
- **Accouchement** Aix
- **Mode réactionnel chronique et constitution** Lille - Lyon - Nantes - Orléans - Rennes
- **Matière médicale** Orléans - Paris

retrouvez tous nos programmes sur notre site ffsh.fr

Les Cahiers de Biothérapie

Abonnement d'un an offert pour toute inscription en périnatalogie.

Le forum

Un forum d'échanges de pratique entre pairs est mis à disposition des sages-femmes en formation ou déjà formées.

Succès, échecs, questions... Espace d'enrichissement mutuel de la pratique encadré par des modératrices expertes.

Un atout pour l'appropriation de la méthode homéopathique appliquée à la périnatalogie.

Un e-learning

Destiné aux sages-femmes et gynécologues de l'enseignement «périnat». Un outil sur la toile d'accès individuel et libre, de révision et d'autoévaluation.

Nos outils

Les formations «intra»

La FFSH est en mesure de délivrer des formations au sein de votre établissement.

Contactez-nous pour établir votre plan de formation et votre devis : 01 56 96 98 28 ou formations@ffsh.fr

Sous la direction de Jean Freney et Philippe Riegel

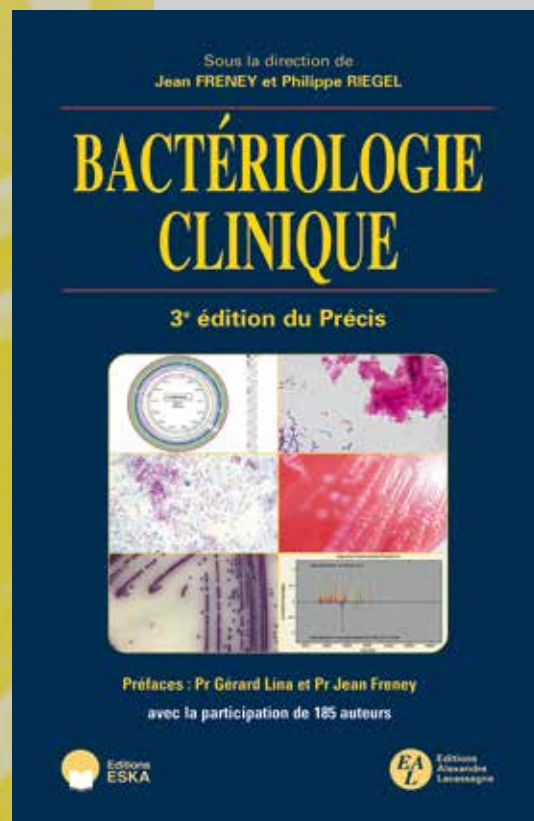
BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE

3^e ÉDITION DU PRÉCIS

Édition
entièrement
remaniée
et augmentée
185 auteurs

Les grands thèmes traités

- Le diagnostic bactériologique
- Ecologie et pouvoir pathogène des bactéries
- Qualité et Accréditation
- Agents antibactériens
- Cocci Gram +
- Bacilles Gram +
- Actinomycètes et mycobactéries
- Cocci Gram -
- Entérobactéries
- Bactéries à Gram négatif autres que les entérobactéries (autres BG-)
- Anaérobies
- Bactéries de culture difficile



L'ouvrage de référence
en langue française
qui couvre tous
les aspects
de la bactériologie ;
du fondamental
à la pratique quotidienne

Également disponible
en version numérique



Fondateurs : Jean FRENEY (Directeur honoraire),
François RENAUD, Roland LECLERCQ, Philippe RIEGEL

À qui s'adresse ce volume et ses mises à jour ?

- ◆ Laboratoires d'analyses médicales
- ◆ Professionnels de la bactériologie
- ◆ Maternité et gynécologie
- ◆ Etablissements hospitaliers, réanimation, chirurgie, CLIN...
- ◆ Laboratoires pharmaceutiques
- ◆ Facultés de Médecine, de Pharmacie, Dentaire, Sciences, Ecoles vétérinaires, Ecoles d'ingénieurs, DUT, BTS
- ◆ Industries pharmaceutiques
- ◆ Bibliothèques et institutions

**Commandez dès maintenant
pour bénéficier
du tarif de souscription**

190 € jusqu'au 17 septembre 2018

230 € à partir du 18 septembre 2018

BON DE COMMANDE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT À RETOURNER À :

Éditions ESKA - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹ Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

² LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030